

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

MICHELINE COTE

LES DIFFICULTES D'ADAPTATION A LA RETRAITE

ET L'IDEATION SUICIDAIRE

CHEZ LES HOMMES

NOVEMBRE 1993

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Table des matières

Liste des figures .....	iv
Liste des tableaux .....	v
Sommaire .....	vii
Introduction .....	1
Chapitre premier - Contexte théorique et expérimental ....	6
Epidémiologie du suicide chez les personnes âgées....	7
Les théories .....	21
Les modèles .....	26
Les facteurs de risque de suicide .....	33
La retraite .....	42
La retraite et le suicide .....	55
Hypothèses .....	58
Chapitre II - Méthodologie .....	61
Description de l'échantillon .....	62
Les instruments de mesure .....	67
La procédure .....	68
Traitement statistique .....	70

Chapitre III - Analyses des résultats et discussion .....	74
Analyse des résultats .....	76
Discussion des résultats et recommandations .....	89
Conclusion .....	103
Appendice A - Instruments de mesure .....	109
Manifestations d'indices et messages suicides .....	135
Remerciements .....	138
Références .....	139

Liste des figures

Figure 1:	Taux de mortalité par suicide, selon le groupe d'âge et le sexe, comparaisons internationales .....	11
Figure 2:	Modèle théorique du vieillissement et du suicide .....	27
Figure 3:	Schématisation du processus suicidaire .....	29

Liste des tableaux

Tableau 1:	Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe au Canada (1989) .....	14
Tableau 2:	Taux de décès par suicide selon l'âge et le sexe au Québec (1990) .....	15
Tableau 3:	Nombre de sujets répartis selon le statut civil .....	65
Tableau 4:	Nombre de sujets répartis selon le niveau de scolarité .....	65
Tableau 5:	Nombre de sujets répartis selon l'occupation au moment de la retraite .....	66
Tableau 6:	Résultats des analyses préliminaires sur les variables âge, scolarité, temps de retraite pour le groupe non suicidaire et suicidaire .....	77

Tableau 7: Résultats aux tests $t$ sur les variables état de santé perçu, réseau familial et social, satisfaction des relations familiales et sociales, fréquence des activités sociales, satisfaction de la participation, dépression, attitude face à la retraite pour le groupe non suicidaire et suicidaire .....	79
Tableau 8: Résultats des analyses de variance effectuées sur les variables raison de prise de retraite et attitude face à la retraite selon l'idéation suicidaire .....	83
Tableau 9: Résultats des analyses de variance effectuées sur les variables état de santé perçu et fréquence des problèmes de santé selon l'idéation suicidaire .....	84
Tableau 10: Résultats des analyses de variance effectuées sur les variables activités sociales, et fréquence des activités sociales selon l'idéation suicidaire .....	85
Tableau 11: Coefficients de régression des variables type de retraite, état de santé perçu et dépression sur l'idéation suicidaire .....	88

### Sommaire

La présente recherche se veut une exploration des différents facteurs d'idéation suicidaire chez les hommes qui vivent des difficultés d'adaptation à la retraite en comparant les âgés non suicidaires avec les suicidaires.

Les données épidémiologiques relatent en effet une hausse de suicide chez les personnes âgées, principalement chez les hommes. Plusieurs facteurs de risque ont été dégagés par les auteurs: les pertes cumulatives, la maladie physique, le deuil et le veuvage, l'isolement, la dépression et enfin la retraite, domaine peu exploré.

Six hypothèses relatives à l'attitude face à la retraite, le type de retraite subie ou choisie, l'état de santé perçu, la dépression, l'étendue et la satisfaction du réseau familial et social ainsi que la fréquence et la satisfaction de participation à des activités sociales et récréatives ont été retenues.



Une étude expérimentale a été conduite auprès de 124 sujets masculins de 55 ans et plus, et retraités depuis moins de cinq ans. Ces sujets sont répartis en deux groupes: non-suicidaires (N=58) et suicidaires (N=66).

Quatre instruments de mesure ont été utilisés: un questionnaire fournissant des données socio-démographiques, un deuxième questionnaire portant sur les attitudes face à la retraite adapté par Lapierre (1991), un troisième questionnaire mesurant l'état psychologique: Echelle de Dépression Gériatrique (Bourque, Blanchard et Vézina, 1988), et enfin un dernier questionnaire mesurant l'attitude face à la vie et à la mort (Lapierre, Pronovost, Dubé et Delisle, 1991).

Les résultats ont mis en évidence que les âgés ayant pris une retraite subie ont un niveau d'idéation suicidaire plus élevé que ceux qui ont choisi le moment de leur retraite. De plus, les suicidaires perçoivent leur état de santé comme moins bon et sont plus dépressifs que les non-suicidaires. Une analyse de régression a mis en évidence que la dépression, plus que le type de retraite ou que l'état de santé perçu, est hautement prédictrice d'idéation suicidaire. En augmentant la vulnérabilité de l'âgé, elle devient ainsi un facteur prédisposant et situationnel au suicide.

## Introduction

Alors que l'on parle beaucoup de suicide chez les jeunes, il y a relativement peu d'attention accordée au suicide des personnes âgées. L'âge de 65 ans est utilisé pour permettre une comparaison historique des données, particulièrement dans le contexte de la législation de 1930 qui a établi l'âge chronologique de 65 ans comme indicateur du vieillissement (McIntosh, 1992).

D'après les statistiques québécoises de 1990, le taux de suicide chez le groupe des hommes âgés de 65-74 ans est de 20.6 pour 100 000 habitants (Bureau de la statistique du Québec, 1991-92), alors que les statistiques canadiennes pour 1989 sont de 25.2 (Statistique Canada, 1990a). De plus, ces statistiques doivent être considérées avec une certaine précaution en raison d'une sous-déclaration de mortalité par suicide qui serait plus fréquente encore pour les personnes âgées que pour les autres groupes d'âge (Miller, 1978).

Contrairement aux autres groupes d'âge, les suicides gériatriques sont plus imputables à une accumulation d'événements et de circonstances négatives plutôt qu'à un facteur précipitant spécifique (Templer et Capelletty, 1986), ce qui rend ce groupe vulnérable quant aux conduites suicidaires à cause des nombreuses pertes inhérentes à leur âge.

Les principaux facteurs de risque rapportés par la majorité des auteurs s'intéressant à la problématique suicidaire chez l'agé sont le sexe, les pertes physiques, sociales, financières, personnelles, émotionnelles et cognitives, les maladies physiques, la dépression, l'isolement et la retraite. Ce dernier facteur a été peu mis en relation avec l'existence d'idéation suicidaire chez les âgés. En effet, on retrouve peu de recherches mettant en évidence cet aspect spécifique du comportement suicidaire des retraités en phase d'adaptation. Ce sera là l'originalité de ce projet de recherche.

La mise à la retraite peut être une période plus particulièrement difficile à traverser pour les hommes âgés. Atchley (1976) la définit en termes de crise d'identité. L'Ecuyer (1977) parle même de choc de la retraite. Des sentiments de peur, d'anxiété, de solitude et de dépression l'accompagnent souvent (Mullonkal, 1987). Cette réalité existentielle entraîne une période de dépression située dans les cinq années suivant la mise

à la retraite (L'Ecuyer, 1977). James Mann (1991) observe qu'entre 6 à 12 mois de retraite, celle-ci est vécue comme une nouveauté alors qu'à la deuxième année, la dépression devient évidente.

La non-adaptation aux multiples changements qu'apporte la retraite, associée aux pertes antérieures ainsi qu'à une certaine vulnérabilité psychologique peut amener une personne au suicide (Cimon-Desrochers, 1981; Lavigne-Pley, 1987; Lyons, 1984; Osgood, 1982; Statistique Canada, 1990b). Atchley (1976) note, de plus, que les personnes obligées de prendre une retraite prématurée sont plus insatisfaites face à leur retraite. Des différences sur les attitudes envers les retraités volontaires et les retraités involontaires sont observées par Mann (1991). Par contre, les recherches montrant un lien entre l'attitude du retraité et la présence d'idéation suicidaire sont rarissimes et la présente étude se veut une contribution à l'étude de la problématique du suicide chez les hommes âgés.

A l'instar de Marshall (1978), il y a trois raisons principales qui ont suscité l'intérêt particulier de cette étude auprès de la population des hommes retraités. Premièrement, le suicide est une importante cause de mortalité malgré tous les efforts faits pour améliorer la santé physique et mentale de ce groupe d'âge. Selon le Bureau de la statistique du Québec (1991-

1992), même si la grande majorité des morts dans cette population est causée par des problèmes de l'appareil circulatoire (43.5%), de l'appareil digestif (25%) et de cardiopathies ischémiques (24.6%), une proportion significative de la mortalité (0.3%) est imputable directement au suicide. Ce pourcentage est suffisant pour mériter notre attention.

En second lieu, comme l'a montré Durkheim (1951), le suicide est un indicateur du bien-être de la société. On peut prétendre que le taux de suicide dans une population est indirectement proportionnel au bien-être que l'individu y ressent de façon expérientielle comme membre de cette même population.

Enfin, une dernière raison justifiant l'intérêt du suicide chez les hommes âgés réside dans l'augmentation du taux de suicide dans cette catégorie de la population.

Il y a lieu de s'interroger sur le malaise que ressentent certains retraités face à leur nouvelle identité, malaise tellement profond que cette nouvelle définition de leur statut peut devenir un facteur déclencheur de suicide.

## Chapitre premier

### Contexte théorique et expérimental

## Le suicide des âgés

Le contenu du présent chapitre portera essentiellement sur la problématique du suicide chez les personnes âgées. D'abord, des données épidémiologiques sur le suicide situeront ce groupe d'âge parmi la population en général. Puis, un survol de diverses théories apportera un éclairage nouveau sur les causes sous-jacentes au suicide des aînés. Seront examinés ensuite deux modèles relatifs au processus suicidaire, dont un spécifique aux âgés. Une autre section enfin traitera des facteurs de risque de suicide, dont la retraite qui fera l'objet d'une attention plus particulière.

### Epidémiologie du suicide chez les personnes âgées

C'est bien connu depuis longtemps que les âgés sont plus vulnérables à s'enlever la vie et ont montré un plus haut taux de suicide comparativement aux autres groupes d'âge à travers l'histoire.



Cependant,

beaucoup moins d'intérêt a été montré dans le comportement suicidaire chez les âgés que chez le suicide et les tentatives de suicide chez les adolescents, les jeunes et les jeunes adultes. En effet, le suicide d'une personne âgée est généralement vu ... comme la mort d'une personne qui n'est plus productive socialement et économiquement, et qui, en outre, termine ses jours: un événement en somme, qui est beaucoup moins tragique que la mort des jeunes personnes qui ont encore leur vie entière devant eux (De Leo et Diekstra, 1990, p.177).

Hendin (1982) constate que le peu d'attention porté sur le phénomène du suicide chez les âgés proviendrait de la fausse conviction qu'il y a peu à faire pour aider ou traiter une personne âgée suicidaire, conviction qui refléterait une négligence générale de la société en regard de la santé mentale des personnes âgées.

Il faut être prudent quand on examine les statistiques de suicide chez les personnes âgées. Les statistiques officielles ne reconnaissent que les cas évidents. Les données officielles de mortalité sont recueillies à des fins médico-légales plutôt que pour des buts de recherche. Les coroners ou les médecins qui établissent les certificats de décès déterminent la cause physiologique de la mort, et non pas le geste ou les comportements qui ont provoqué cette cause physiologique.

De plus, les tabous sociaux et les sanctions négatives associées au suicide (annulation de l'assurance-vie, rejet social, particulièrement envers les membres de la famille immédiate du suicidé), empêchent la déclaration officielle de la mort par suicide. Enfin, les circonstances de la mort peuvent révéler des indices ambigus quant à la classification de la mort par suicide à cause des comportements suicidaires indirects dont le nombre égale ou dépasse celui des cas suicidaires proprement dits (McIntosh, 1988-89; McIntosh et Hubbard, 1988).

Il arrive fréquemment que les personnes âgées suicidaires qui souffrent d'affections graves comme le cancer, le diabète ou les cardiopathies refusent de poursuivre leur traitement dans le but de mourir. Ils ont donc de plus fortes chances de surconsommer, d'oublier ou d'arrêter leur médication, ou encore d'être impliqués dans des accidents routiers, forme déguisée de suicide (Hanigan, 1987; Richardson, Lowenstein et Weissberg, 1989; Stillion, McDowell et May, 1989). Ces comportements suicidaires passifs entraînent souvent une détérioration de l'état physique, augmentent le risque de mort par pneumonie, arrêt cardiaque, maladie de l'appareil respiratoire ou toute autre maladie physique (Osgood, Brant et Lipman, 1991). Ils peuvent être considérés comme une forme indirecte de suicide mais ne sont pas classés comme un suicide sur le certificat de décès (Veilleux et Kiely, 1990).

Il est alors plus facile au médecin légiste d'attribuer la mort à ces circonstances médicales que ce ne le serait pour des membres de la famille mourant en bas âge. De plus, le diagnostic par suicide peut causer de l'embarras à la famille, souvent bien en vue et respectée comme membre de la communauté (Blazer, Bachar et Manton, 1986; Hanigan, 1987):

Il est tentant devant le suicide de l'un des siens, de chercher à le faire passer pour un accident ou une mort naturelle. Il ne manque pas de médecins complaisants pour accepter de tricher sur les causes d'un décès, d'autant plus qu'il n'est jamais très flatteur d'avoir un suicidé parmi sa clientèle (Langlois, 1976, p.7).

#### Caractéristiques démographiques

Selon une enquête effectuée en 1991 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) auprès de 36 pays qui ont envoyé leurs statistiques de suicide entre 1984 et 1989, les taux de suicide pour la population totale varient largement parmi ces pays. La Colombie indique le taux le plus bas, soit celui de 3.8 par 100,000 habitants et la Hongrie détient le record avec un taux de suicide de 41.6 (McIntosh, 1992). La figure 1 souligne que la situation canadienne avec son taux de 13.5 est, par comparaison, légèrement sous la moyenne mondiale (14.7).

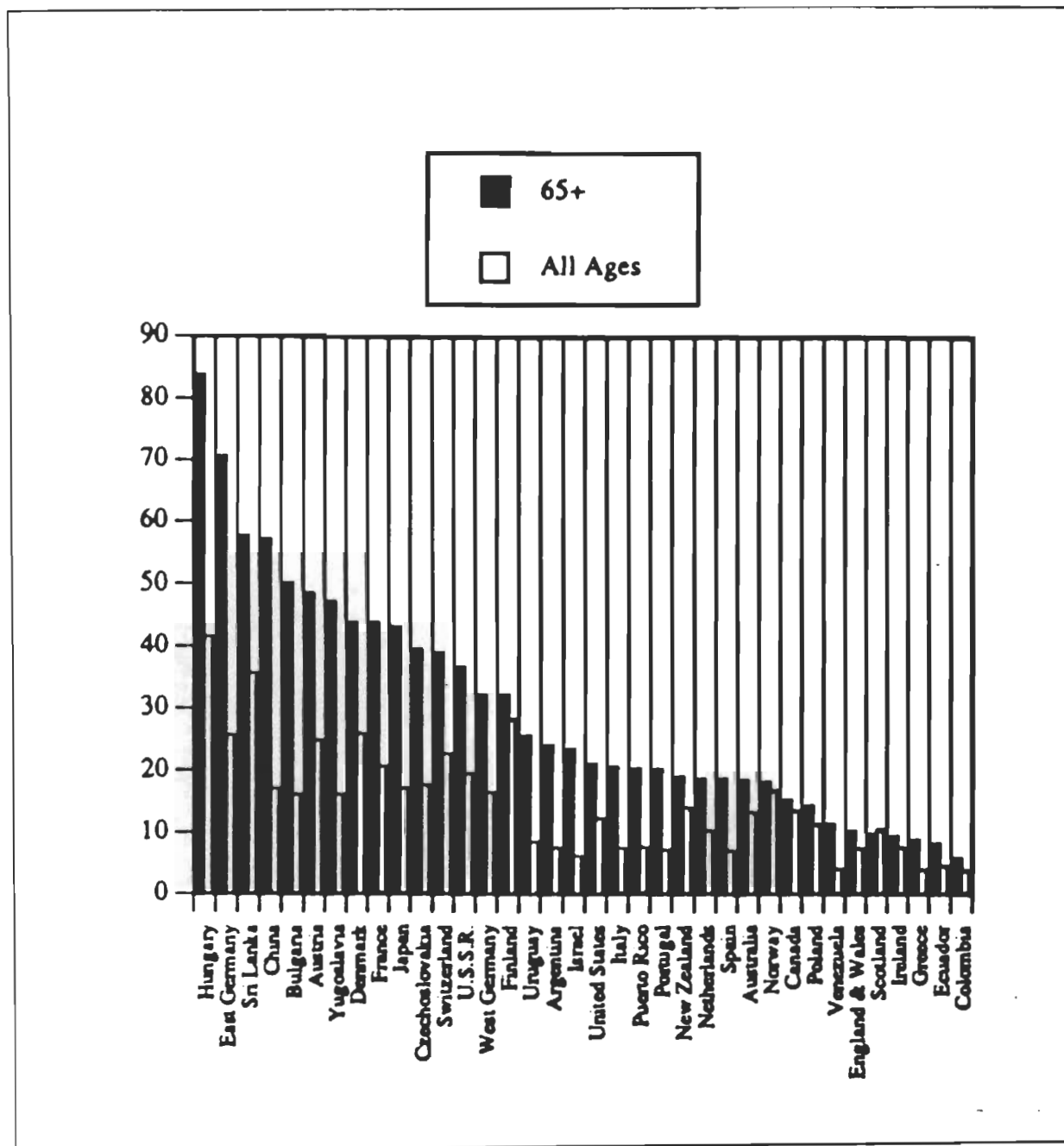


Fig. 1- Taux de mortalité par suicide, selon le groupe d'âge et le sexe, comparaisons internationales.  
Source: Bureau de la statistique du Québec, 1991-92.

Au niveau provincial, les statistiques de 1987 (Santé et Bien-Etre Social au Canada, 1987) placent le Québec au troisième rang avec un taux de 17.1, après le Yukon (35.1) et les Territoires du Nord-Ouest (25.5). Certains facteurs comme l'âge, le sexe et le statut marital ont des répercussions sur le taux de suicide.

#### A. Age

L'affirmation de certains auteurs (Hendin, 1982; Lyons, 1985; McIntosh, 1985; Manton, Blazer et Woodbury, 1987) selon laquelle le taux de suicide tend à augmenter avec l'âge est confirmée par les statistiques qui deviennent plus alarmantes dès qu'on touche la population âgée. Le Canada indique un taux de 27.7 (1988), ce qui est légèrement sous la moyenne mondiale (29.6 en 1990). L'OMS (voir: McIntosh, 1992) affirme que les personnes âgées sont à plus haut risque de suicide dans toutes les nations. Avec seulement quelques exceptions dans les années d'âge moyen, les taux de suicide aux Etats-Unis et la plupart des autres pays sont plus élevés parmi les personnes âgées de 65 ans et plus que parmi la population en entier (Kastenbaum, 1992; Lyness, Conwell et Nelson, 1992; McIntosh, 1985; Stack, 1990; Stillion et al., 1989; Younger, 1990).

Osgood, Brant et Lipman (1991) ajoutent qu'aux Etats-Unis en 1985, le taux de suicide pour ce groupe d'âge (20.3 par 100 000 habitants) est 50% plus élevé que chez les jeunes de 15-24 ans (12.9) et que pour la population totale (12.3), et qu'une personne âgée s'enlève la vie chaque 90 minutes.

Cette tendance n'est cependant pas évidente pour d'autres pays comme l'Ecosse (McIntosh, 1992) ou le Canada (tableau 1) où jeunes (15-24 ans: 15.5) et âgés (65-74 ans: 16.0) montrent un haut taux de suicide (Leenaars, 1992; Santé et Bien-Etre Social au Canada, 1987). Au Québec, cependant, (tableau 2), les taux les plus élevés se retrouvent chez les 25-44 ans (22.5), alors que les 65-74 ans (14.0) détiennent les taux les plus faibles (Bureau de la statistique du Québec, 1991-92).

#### B. Sexe

Alors que le taux de suicide est influencé fortement par l'âge, le sexe apparaît être le second facteur de risque important. En effet, les statistiques de l'OMS (1990, voir: McIntosh, 1992) indiquent une différence importante entre le taux de suicide chez les hommes (21.4) et chez les femmes (8.4) pour la population totale, alors que chez les âgés, ce taux montre une hausse dramatique pour les 2 sexes: 47.1 chez les hommes et 17.3 chez les femmes.

Tableau 1

Taux de décès par suicide selon l'âge  
et le sexe au Canada (1989)  
Taux par 100 000 de population

CANADA			
Age	Hommes	Femmes	Total
15-24	26.3	4.7	15.5
25-44	27.0	8.1	17.5
45-64	25.2	9.0	17.1
65-74	25.2	6.8	16.0
75 et plus	32.6	5.2	18.9
Tous les âges	20.9	6.0	13.4

Source: Statistique Canada, 1990a

Tableau 2

Taux de décès par suicide selon l'âge  
et le sexe au Québec (1990)  
Taux par 100 000 de population

Age	QUEBEC		
	Hommes	Femmes	Total
15-24	34.2	3.6	18.9
25-44	36.8	8.5	22.5
45-64	27.8	7.7	17.7
65-74	20.6	7.4	14.0
75 et +	35.1	2.9	19.0
Tous les âges	26.3	5.7	16.0

Source: Bureau de la statistique du Québec, 1991-92



En effet, les hommes âgés de 65 ans et plus ont le plus haut taux de suicide que n'importe quel groupe d'âge aux Etats-Unis (McIntosh et Santos, 1985-1986), alors qu'au Canada et au Québec ce sont les très âgés (75 ans et plus) qui détiennent ce record (Statistique Canada, 1990a; Bureau de la statistique du Québec, 1991-92). Le ratio par rapport au sexe en faveur des hommes monte avec chaque décade de vie dans le groupe des âgés. Les différences selon le sexe sont assez étonnantes car l'on retrouve en 1990, pour le groupe d'âge de 65-74 ans, un taux québécois de 20.6 hommes qui meurent suite à un suicide alors que celui-ci est de 7.4 chez les femmes. Chez les 75 ans et plus, alors que le taux grimpe chez les hommes (35.1), il diminue chez les femmes (2.9) (Bureau de la statistique du Québec, 1991-92). Au Canada, le ratio homme/femme est de 3.7:1 chez les 65-74 ans, alors que chez les 75 ans et plus, il est de 6.3:1.

Aux Etats-Unis comme au Canada, McIntosh (1988-89) et Modestin (1989) ajoutent que les plus hauts taux de suicide pour les femmes sont trouvés au mi-temps de la vie et déclinent vers la fin de la ménopause (De Leo et Diekstra, 1990), alors que le taux pour les hommes augmente régulièrement avec l'âge, les âgés détenant d'ailleurs le premier rang quant aux taux de suicide (Frierson, 1991; McIntosh, 1988-89; Modestin, 1989; Templer et Cappelletty, 1986; Trovato, 1988).

Diverses raisons peuvent expliquer cet écart important. Il semble en effet plausible que le suicide revête une signification différente pour les hommes et pour les femmes en fonction de l'âge et de la cohorte à laquelle ils appartiennent. Les hommes hésitent plus que les femmes à demander de l'aide d'un psychiatre ou d'un psychologue (Lavigne-Pley, 1987). Lester (1988) ajoute que les femmes sont physiologiquement plus résistantes que les hommes au traumatisme psychique. Les hommes ont appris que les vrais hommes doivent réussir tout ce qu'ils entreprennent, que demander de l'aide est un signe de faiblesse et que le comportement agressif, même dirigé contre soi, est un signe de force. La société véhicule également que la valeur d'un homme est proportionnelle à son habileté à gagner, aussi deviennent-ils susceptibles au suicide après la retraite ou après des revers financiers. Stillion et al. (1989) affirment que "les messages répétés à travers le cycle de vie du développement individuel ont une forte influence sur le comportement suicidaire (p.23)".

De plus, les perceptions de la société sur le suicide peuvent exercer un pouvoir qui n'est pas à négliger. En effet, celle-ci perçoit la tentative de suicide comme un comportement "féminin" et le suicide réussi comme un comportement "masculin".

De là à suggérer la réussite de l'acte aux hommes suicidaires, il n'y a qu'un pas vite franchi.

Mais si les hommes se suicident plus que les femmes, qu'en est-il des moyens qu'ils emploient pour atteindre leur but? Une recherche effectuée par Jarvis et Boldt (1980) en Alberta sur 1147 cas de suicides commis entre 1968 et 1973 permet de vérifier que 64.8% ont utilisé des armes à feu. Au Canada, les méthodes de suicide les plus communes pour les hommes sont les armes à feu et la pendaison, alors que les femmes, ayant une moins bonne connaissance des armes et tenant à préserver leur apparence physique, utilisent surtout l'empoisonnement et la pendaison (Statistique Canada, 1990a). Cependant, les moyens de suicide les plus utilisés chez les 60-79 ans sont, chez les hommes, l'arme à feu, la pendaison et l'intoxication, alors que les femmes utilisent prioritairement l'intoxication (Hanigan, 1987).

Les hommes de tous les âges utilisent des méthodes plus violentes que les femmes et survivent moins à une tentative de suicide (Holding, 1984; Lavigne-Pley, 1987; McIntosh, 1985; McIntosh et Santos, 1985-1986; Templer et Capelletty, 1986).

L'utilisation de ces méthodes extrêmement mortelles nous aide à comprendre pourquoi un haut pourcentage d'actes

suicidaires parmi les âgés aboutissent à la mort. Ce choix peut d'ailleurs être influencé par l'extrême désespoir qu'ils ressentent face à leur situation de vie (McIntosh et Santos, 1985-1986).

### C. Statut marital

En plus de l'âge et du sexe, le statut marital joue également un rôle important dans le comportement suicidaire. Aux Etats-Unis, des données récentes (McIntosh, 1992) indiquent que les taux de suicide chez les hommes de 65 ans et plus sont plus élevés pour les veufs (87.2 suicides par 100 000 habitants) et les divorcés (101.7) avec un taux plus bas pour les célibataires (54.7) et une plus faible vulnérabilité pour les hommes mariés (32.1).

### Fréquence des tentatives de suicide

Plusieurs études ont trouvé que les âgés complètent plus souvent leur suicide, font moins de tentatives de suicide et rapportent moins d'idéation suicidaire que les autres groupes (Frierson, 1991; McIntosh, 1985, 1992; Osgood et al., 1991). Aux Etats-Unis, McIntosh (1985) affirme que chez les jeunes, on trouve un ratio de 200:1 alors que chez les 65 ans et plus, il y a quatre tentatives pour un suicide. Charron (1981), par contre, estime qu'au Québec ce ratio est de 8 tentatives pour un suicide réussi chez les âgés contre 64:1 dans la population générale.

De plus, les sujets âgés sont moins disposés que les jeunes à communiquer aux autres leurs intentions suicidaires (Farberow et Moriwaki, 1975; Jarvis et Boldt, 1980). Comparés aux jeunes sujets, le comportement suicidaire des âgés est moins motivé par le désir de mobiliser les autres et d'attirer leur attention ou de demander de l'aide (Miller, 1978).

Veilleux et Kiely (1990) soulignent qu'un rapport de l'American Psychiatric Association (Busse et Pfeiffer, 1973) et une étude canadienne (Sendbuehler et Goldstein, 1977) attribuent à des facteurs accidentels, à une mauvaise planification ou à un syndrome cérébral organique le fait que les âgés ratent leur suicide. Non seulement les âgés se tuent en plus grand nombre, mais ils le font avec plus de détermination. Tout signe précurseur doit donc être pris au sérieux (Frierson, 1991; McIntosh, 1985; Osgood et al., 1991). En 1976, Kreitmans (voir: De Leo et Diekstra, 1990) affirme que 8% des personnes âgées avec une histoire de tentatives de suicide se sont tuées dans les 3 années suivant la première tentative.

## Les théories

Le suicide peut être relié à de multiples causes. A cet effet, différentes théories rapportées par Stillion et al. (1989) ont été élaborées par plusieurs chercheurs. Elles montrent autant de facettes différentes sur la problématique spécifique du suicide.

La théorie psychanalytique voit le suicide comme un échec à s'adapter à des situations nouvelles, amplifiées par une vulnérabilité psychique. Selon Freud, ceci serait le cas chez les âgés, particulièrement les hommes. Dès lors l'instinct de mort s'exprime à travers des comportements auto-destructeurs.

Erikson (1959), dans la théorie psychosociale, affirme que l'âgé, à sa dernière étape de vie, peut ressentir du désespoir lorsqu'il vit une insatisfaction profonde face à sa vie antérieure et qu'il réalise qu'il n'a plus assez de temps pour recommencer.

La perspective behaviorale (Pavlov, 1927) examine le suicide sous l'angle de l'apprentissage. Le comportement

suicidaire semblerait être relié à un effet d'imitation s'il y a suicide dans la famille, la parenté ou le réseau social. Cette théorie dénonce les ravages que peuvent causer les médias lors de la divulgation d'actes suicidaires commis par les pairs.

Selon la perspective humaniste (Maslow, 1971), le suicide peut être vu comme la solution pour se libérer d'une situation où l'individu n'entrevoit plus la possibilité de s'actualiser, comme ce peut être le cas pour le retraité qui se voit confronté à des sentiments de rejet, d'inutilité et d'incompétence.

La retraite retire à l'individu le rôle fondamental que la société lui avait fourni. Cette absence de rôle dans la société (anomie), ajoutée à l'effritement graduel des liens et attaches sociaux causés par les nombreux décès dans le réseau de support ainsi qu'à l'isolement causé par la maladie (égotisme), peut mener l'individu au suicide. Telle est l'explication que donne Durkheim (1951) au suicide dans la perspective sociologique.

Enfin, il ne faut pas négliger les tendances récentes apportant un éclairage nouveau sur les bases neuropsychologiques de la dépression et du suicide. En effet, cette perspective monoaminergique (Botez, 1987) est appuyée sur des recherches

récentes (Van Praag, Plutchik et Conte, 1986) établissant un lien entre la sérotonine, neurotransmetteur agissant dans la régulation des émotions, et la présence d'attitudes dépressives pouvant conduire à des comportements suicidaires. Ces chercheurs ont trouvé une déficience biochimique de cet élément dans le liquide céphalo-rachidien chez 45% des sujets souffrant de dépression endogène. De plus, Asberg, Nordstrom et Traskman-Bendz (1986: voir Stillion et al., 1990) ont détecté une diminution de sérotonine dans les tissus cérébraux de personnes suicidées et dans le liquide cérébro-spinal des sujets ayant commis des tentatives de suicide. D'autres chercheurs (Arora et Meltzer, 1989) rapportent une concentration, plus élevée chez les hommes que chez les femmes, de sérotonine dans le cortex frontal de victimes de suicide. Certaines études ont par ailleurs démontré un déclin de dopamine et de sérotonine entraîné par une atrophie cérébrale généralisée reliée au vieillissement normal (Rifai, Reynolds et Mann, 1992). Cette diminution contribue à augmenter la vulnérabilité psychique de l'aîné.

Ces différentes perspectives apportent toutes un éclairage différent sur la problématique suicidaire. Elles montrent l'importance des facteurs biologiques, environnementaux, cognitifs, existentiels ou intrapsychiques dans le comportement suicidaire.



Comme le déclarent Stillion et al.,

il est impossible d'examiner le suicide selon une perspective unique. Ceux qui travaillent avec les suicidaires doivent les voir comme des personnes ayant des besoins et motivations personnelles internes et qui sont placées à l'intérieur d'une société qui permet ou non l'expression et la satisfaction de ces besoins. Ils doivent aussi reconnaître que l'aspect cognitif de l'individu et ses pensées au sujet de la situation courante peut augmenter ou diminuer la vulnérabilité... En bref, personnalité, environnement, biologie et cognition peuvent interagir pour produire un individu suicidaire. L'esprit et le corps sont en effet une unité (1989, p.57).

L'âgé, à cause des multiples changements technologiques, de conditions économiques difficiles, d'une santé chancelante ou tout simplement de l'âge, peut vivre son entrée à la retraite comme un rejet, et un abandon de la société et de son milieu de travail; il peut ressentir également une perte du sentiment d'accomplissement et de fierté qu'il éprouve envers lui-même. Peuvent s'installer alors l'impuissance, la stagnation et le non-désir de changement exprimé par l'instinct de mort.

Faisant le bilan de sa vie, le retraité peut demeurer insatisfait face à son travail passé ou, au contraire, avoir tout misé sur celui-ci. Et constatant que le temps qui reste n'est pas

suffisant pour se réapproprier une identité correspondant à son image idéale de lui-même, il peut sombrer dans le désespoir.

Le reflet que lui donne la société ne l'encourage guère. Les journaux abondent de solutions inadaptées pour les gens désespérés: dépression, tentatives de suicide, violence contre soi ou les autres sont des thèmes fréquemment abordés. De plus, il peut ressentir profondément l'anomie sociale et l'inutilité qu'elle entraîne. Le danger est la perte du sens de sa vie, du sentiment d'importance qu'il peut revêtir face à ses collègues de travail, sa famille, sa communauté, puisque le rôle qui lui était jusqu'alors dévolu en était un de pourvoyeur et de "producteur".

Le vieillissement auquel il fait face accroît sa vulnérabilité car des changements au niveau des processus cognitifs et neuropsychologiques peuvent survenir lors du vieillissement normal (Becker, Nebes et Boller, 1990). On comprend dès lors pourquoi l'âgé demeure à haut risque de suicide.

### Les modèles

Outre les différentes approches théoriques du suicide, des chercheurs cliniciens se sont penchés sur cette problématique et ont élaboré des modèles en regard du suicide. Dans notre étude, deux de ces modèles ont retenu particulièrement notre attention parce qu'ils touchent directement le sujet de cette recherche.

Un premier modèle, celui d'une chercheuse américaine, Nancy Osgood (1985), s'est attardé spécifiquement à la problématique des âgés en expliquant comment les pertes vécues peuvent conduire au suicide.

Un second modèle sur le processus suicidaire, celui de Phaneuf et Séguin (1987), réfère à des phases du processus suicidaire à partir desquelles une pondération peut permettre d'établir le niveau d'idéation suicidaire.

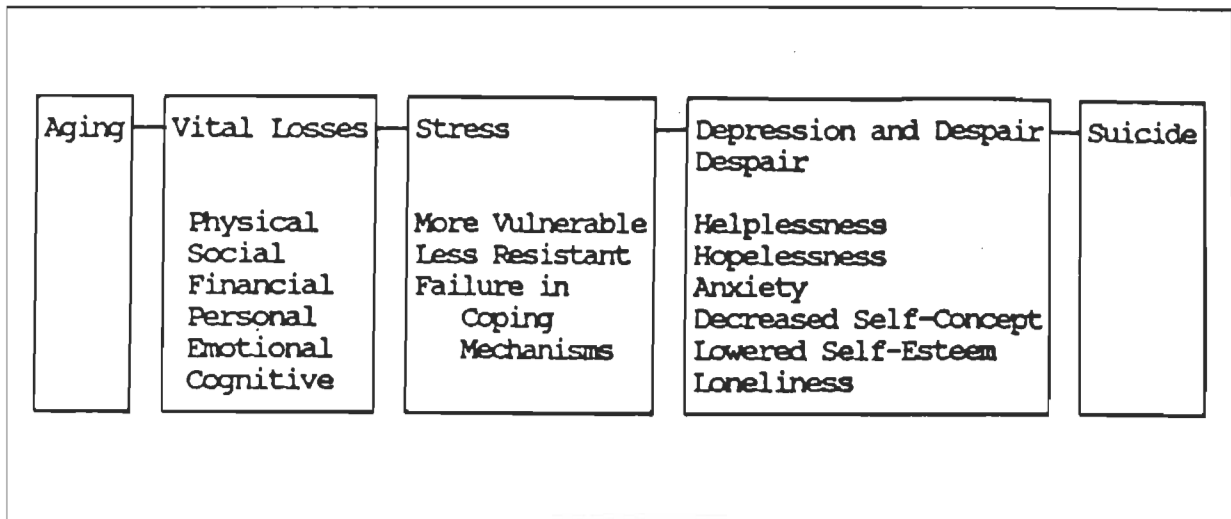


Fig.2- Modèle théorique du vieillissement et du suicide.  
Source: N.J. Osgood (1985). Suicide in the elderly: A practitioner's guide to diagnosis and mental health intervention. Rockville, M.D.: Aspen, p. XLIV.

### Osgood

Pour Osgood (1985), le processus suicidaire des personnes âgées est intimement lié au vieillissement, à leur vécu personnel jalonné de pertes, ainsi qu'à leur place et image dans la société.

Cette chercheuse propose un modèle de la relation entre le vieillissement, la dépression et le suicide (figure 2). Elle affirme que le vieil âge est la saison des pertes, pertes sociales, affectives, perte de l'intégrité physique leur faisant vivre des sentiments d'incompétence et d'inadéquacité.

Les pertes, qu'elles soient réelles, menaçantes ou imaginées, sont des stressseurs qui requièrent de l'adaptation, de la flexibilité et de la résistance. Les âgés sont souvent laissés sans aide pour modifier leur situation de vie. En découle un sens de désespoir et d'impuissance qui génèrent un concept de soi négatif et une estime de soi faible. Pour certains âgés, cette situation désespérée à laquelle ils font face ne possède qu'une seule issue: le suicide.

#### Phaneuf et Séguin

Phaneuf et Séguin (1987) ont décrit le processus que suit un individu lorsqu'il traverse des difficultés importantes. Ces auteurs présentent le suicide comme une solution possible à un état de crise provoqué par un événement déclencheur: une perte réelle (perte d'un être cher, emploi, déménagement, divorce) souvent associée aux crises normales de la vie; ou bien une perte subjective ou symbolique qui est plutôt reliée à l'identité, la perception ou l'estime de soi. Il peut y avoir également un cumul de pertes où le suicide est alors perçu comme le moyen ultime de mettre fin à la souffrance vécue et à la douleur ressentie mais pour arriver à cette solution, la personne traverse un processus suicidaire où l'ambivalence est continuellement présente.

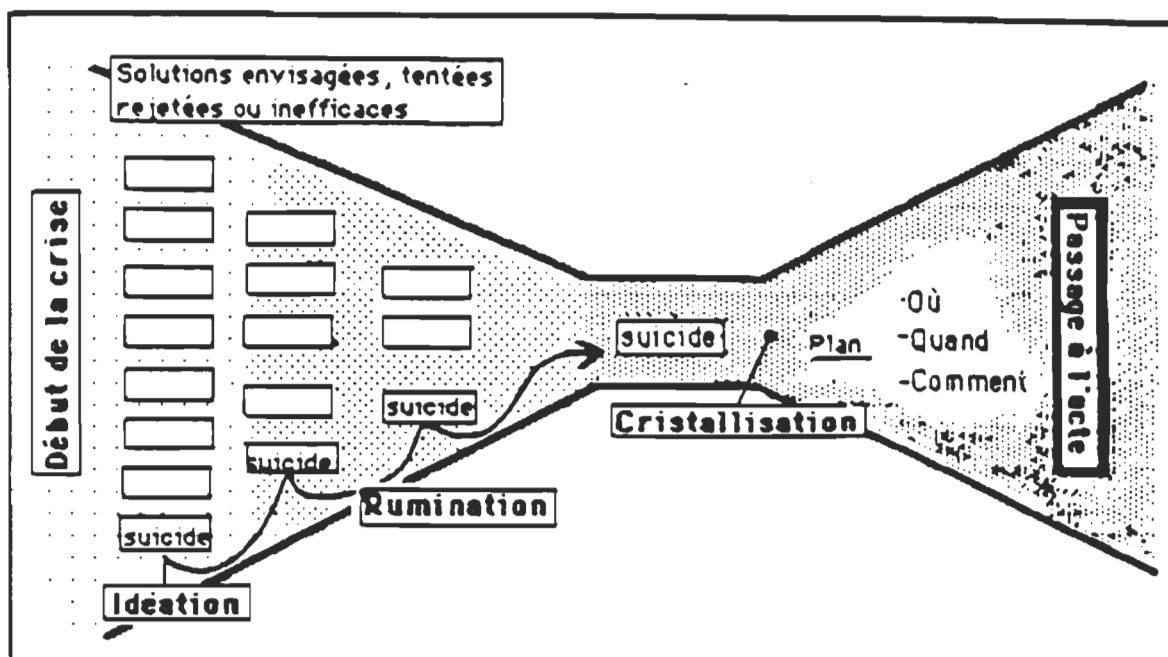


Fig.3 - Schématisation du processus suicidaire. Source: Phaneuf et Séguin (1988). Suicide: Prévention et intervention, guide à l'usage des intervenants. Montréal: Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse.

Ce processus suicidaire est caractérisé par cinq étapes: la recherche de stratégies ou de solutions pour enrayer la crise, l'idéation suicidaire, la rumination de l'idée suicidaire, la cristallisation et la planification d'un scénario suicidaire et enfin le passage à l'acte produit habituellement par un événement déclencheur. La figure 3 représente le déroulement du processus suicidaire tel que décrit par Phaneuf et Séguin.

#### Les profils des âgés à risque de suicide

Le modèle que propose Osgood (1985), tel que vu précédemment, apporte des indices quant à l'élaboration d'un

profil de l'âgé suicidaire. On peut supposer que l'âgé dont le passé est jalonné de pertes et qui n'arrive plus à retrouver sa place et son image dans la société, comme le retraité, pourrait devenir plus vulnérable à trouver des solutions adaptées lorsqu'il vit des difficultés qui peuvent lui sembler insurmontables.

Tenant compte de ces pertes inhérentes au vieillissement, il est dès lors plausible de dresser un profil des âgés les plus à risque de suicide, ce que confirment d'ailleurs plusieurs auteurs (Achte et Karha, 1986; McIntosh, 1985, 1992; Miller, 1978; Osgood, 1982; Osgood et al., 1991; Richardson et al., 1989; Templer et Capelletty, 1986).

Ces auteurs s'entendent pour dire que ce sont des hommes de race blanche, non mariés, le plus souvent des veufs récents, ceux qui ont subi une retraite obligatoire, malades physiquement ou ressentant de la douleur persistante difficilement soulageable, alcooliques et isolés, qui présentent une plus grande vulnérabilité au suicide. Ils ont souvent subi des pertes récentes, un changement de statut et ont vécu une altercation sérieuse avec un membre de la famille ou un ami proche. De plus, des facteurs psychologiques de solitude, de désespoir, de culpabilité et d'impuissance, avec une ambivalence du désir de mourir, s'ajoutent à ce portrait.

L'étude de McKinley (1991) en Arizona révèle que le suicide survient dans les cas où les individus s'adaptent peu au changement, sont non intégrés dans un groupe social et ne se sont pas réintégrés dans un environnement social après un changement majeur dans leur vie.

Plusieurs recherches font état de conditions accroissant la vulnérabilité de certains âgés. En effet, Cattell (1988) a étudié 104 cas de suicides survenus à Londres, en Angleterre, chez des sujets âgés de 65 ans et plus. Il trouva une plus grande incidence de dépression, de maladie physique et de douleur, avec des épisodes antérieurs de dépression et de tentatives de suicide. Soixante-et-un pour cent vivaient seuls, 56% étaient malades et 80% avaient des symptômes dépressifs, mais seulement une petite proportion recevaient des médicaments ou avaient vu un psychothérapeute trois mois avant la mort.

Miller (1978), pour sa part, a étudié le cas de 301 suicides survenus chez des hommes âgés de 60 ans et plus durant la période de 1970-75 en Arizona. Les données ont servi à construire un profil de l'homme âgé suicidaire: retraité, possédant un faible revenu, solitaire ayant peu d'amis, triste et déprimé, souffrant d'un sentiment d'inutilité et d'inadéquacité, n'ayant pas de passe-temps régulier et ne participant pas activement à quelque organisation que ce soit. De plus, ce sujet



à risque de suicide a été vu par un médecin durant le dernier mois de sa vie et souffrait d'une maladie sérieuse lui causant de la douleur. Des facteurs significatifs tels des problèmes chroniques de sommeil, l'abus de médicaments, la présence de maladie émotionnelle ou mentale ainsi que le fait qu'il n'avait pas visité ou reçu d'amis depuis au moins une semaine complètent le tableau.

Toutes ces recherches mettent en lumière des aspects importants s'appliquant aux personnes âgées. La maladie, la douleur, la dépression, les troubles du sommeil, le veuvage et l'alcoolisme peuvent être imputables à toute la population gériatrique et ne font pas partie intégrante de la problématique du retraité.

Par contre, l'isolement social, le manque de contact dû aux pertes interpersonnelles, la retraite obligatoire ou non de la vie professionnelle tels que mentionnés par Modestin (1989), les sentiments d'inutilité et d'inadéquacité et la baisse de revenus (Miller, 1978) sont des thèmes reliés directement à la retraite. La confusion des rôles après la retraite, l'attitude culturelle négative envers le travailleur vieillissant (Leenaars, 1992), la difficulté d'adaptation, ainsi que d'intégration sociale après un changement majeur (McKinley, 1991), sont des problèmes que vivent le retraité.

### Facteurs de risque de suicide

Ces facteurs de vulnérabilité que l'on retrouve dans le profil des hommes âgés suicidaires constituent les facteurs de risque de suicide pour ce groupe d'âge. Nous verrons comment chacun des facteurs peut contribuer à l'aggravation du risque suicidaire chez le retraité qui vit cette situation. Comme l'affirme Veilleux et Kiely (1990),

chacun des facteurs pris individuellement n'offre pas d'explication satisfaisante du suicide chez les personnes âgées. C'est une combinaison des différents facteurs qui joue dans la plupart des cas. Enfin, il est important de concilier les facteurs externes et les expériences personnelles de l'individu afin de mieux cerner la problématique du suicide (p.7).

### Pertes cumulatives

Plusieurs auteurs (De Leo et Diekstra, 1990; McIntosh, 1988-89; Osgood, 1985; Stillion et al., 1989) reconnaissent que les suicides gériatriques sont plus imputables à une accumulation d'événements négatifs et de circonstances qu'à un facteur précipitant spécifique. Le suicide peut alors être vu comme une

réponse à une situation globale de vie plutôt que comme relié à un aspect ou un événement singulier.

Osgood (1985) affirme que plusieurs âgés perdent des rôles sociaux vitaux dans le monde du travail, la famille, la politique et dans la communauté, avec perte concomitante de revenu, de pouvoir, de statut et de prestige. Il y a aussi les pertes physiques, telles la détérioration de la santé, la présence d'une maladie chronique douloureuse, une amputation ou des pertes sensorielles ou cognitives, ou des pertes personnelles telles la mort de l'épouse ou d'un ami proche, laissant les âgés isolés du monde, coupés de contact verbal et physique et provoquant solitude et dépression.

Les multiples pertes économiques, physiques, sociales, psychologiques et émotionnelles que subissent les âgés accroissent leur vulnérabilité. Le facteur crucial n'est pas tant l'effet d'une de ces pertes, mais plutôt la soudaineté de la perte, la souffrance qu'elle entraîne et son effet synergique sur les autres problèmes existants. Cette succession de pertes qui ne leur laisse pas suffisamment de temps pour résoudre la douleur inhérente à chacune exige une adaptation à laquelle leurs ressources ne leur permettent pas de répondre toujours efficacement. Vient un moment où la qualité de la vie de l'individu est tellement détériorée que la vie devient alors insupportable et que la

mort est préférable (Kirsling, 1986). Il peut s'ensuivre un sentiment d'impuissance et de désespoir qui peut conduire l'âgé au suicide (Osgood, 1985).

### Maladie physique

Le pauvre état de santé est plus souvent un facteur qu'on retrouve parmi les âgés commettant le suicide. Les personnes ayant une maladie chronique, douloureuse ou terminale, devant faire face à une dépendance accrue, tendent à terminer leur vie plutôt que de prolonger leur situation par des traitements médicaux coûteux, douloureux et isolants. Butler et Lewis (1982) affirment que 86% des âgés développent des maladies chroniques accompagnées de douleur et d'incapacités.

La maladie pose une menace à la vie, au confort et à l'intégrité du corps, au concept de soi et aux projets futurs, à l'équilibre émotionnel, à l'accomplissement de rôles habituels et activités reliées au travail, famille et communauté. De plus, elle empêche souvent l'âgé de participer à des activités sociales (Achte et Karha, 1986; Jarvis et Boldt, 1980; Osgood et al., 1991; Richardson et al., 1989).

Un haut pourcentage de problèmes physiques a été trouvé parmi les victimes de suicide chez les âgés. Mis face à une maladie douloureuse et débilitante, le suicide peut représenter

un choix rationnel pour éviter la dépendance et la détresse sévère (Lindesey, 1986: voir De Leo et Diekstra, 1990). La douleur physique en devenant intolérable ou en se prolongeant indéfiniment peut épuiser le sujet et être à la genèse de comportements suicidaires (Tessier, Clément et Léger, 1989).

Frierson (1991) a réalisé au Kentucky une étude conduite auprès de 95 personnes âgées de 60-88 ans, rencontrées après une tentative de suicide. Il conclut que les problèmes médicaux nécessitant souvent un changement majeur dans les habitudes de vie sont un facteur précipitant de comportements suicidaires dans cette population.

Dans une étude portant sur 1147 cas de suicides rapportés en Alberta entre 1968 et 1973, 33.9% des sujets souffraient d'une condition chronique physique : cancer, problèmes cardiaques, diabète, problèmes respiratoires et autres problèmes à long terme. La maladie physique est un facteur contribuant au suicide chez les jeunes dans 3.8% des cas, alors qu'elle l'est pour 52.4% chez les âgés (Jarvis et Boldt, 1980).

De plus, certains auteurs proposent que la croyance ou la perception d'avoir une maladie terminale plutôt que l'existence réelle de la maladie terminale, place certaines

personnes âgées dans un groupe à risque élevé de suicide (Conwell, Caine et Olsen, 1990).

### Deuil et veuvage

Les recherches de plusieurs auteurs confirment l'impact du deuil sur la santé physique et mentale ainsi que sur l'augmentation du suicide après le deuil. Certains (Clayton, 1979; Osgood, 1982; Richardson et al., 1989) ont révélé que le risque de mort est plus élevé pour les hommes dans la première année après une perte de partenaire. Le décès du conjoint, souvent principal confident surtout pour les hommes, augmente les risques de problèmes de santé physique et mentale, ainsi que le risque de suicide chez l'endeuillé (Miller, 1978; Veilleux et Kiely, 1990).

De plus, les veufs acceptent moins facilement de parler de la situation et établissent moins de relations interpersonnelles (Kastenbaum, 1992). A cet effet, Miller (1978) note l'importance du confident dans le vieillissement. Dans une recherche effectuée en Arizona, aux Etats-Unis, les suicidaires de son étude ont trois fois moins de confidents que les non-suicidaires.

La perte du conjoint amène souvent une perte de contacts familiaux. Souvent, la mère étant le pôle central de la

famille, certains veufs peuvent se sentir abandonnés par leurs enfants. La perte d'amis proches peut ajouter à cet isolement. Le suicide devient alors une porte de sortie (Pélizza, 1979). Le deuil et les anniversaires de la mort d'une personne chère sont également des occasions qui augmentent le risque de suicide (De Leo et Diekstra, 1990).

### Isolement

L'isolement est souvent un facteur déclencheur important chez les suicidaires âgés (Trout, 1980), particulièrement chez les hommes (Gove et Hugues, 1980; Jarvis et Boldt, 1980). Cet isolement peut découler de la retraite, d'un déménagement ou des pertes sensorielles (surdité, trouble visuel) qui provoquent un retrait du monde environnant (Veilleux et Kiely, 1990).

Paul Valéry disait que "le suicide, c'est l'absence des autres". Le groupe joue en effet un rôle de protection contre le suicide. Le non-engagement social, et particul rement le fait de vivre seul, apparaît relié aux comportements suicidaires (Trout, 1980). Selon Lyons (1985), les âgés membres de plusieurs organisations sociales se suicideraient en moins grand nombre que les non-membres. Dans une étude faite en Nouvelle-Angleterre auprès de 445 personnes âgées, Abrahams et Patterson (1978-79) observent que ceux qui ont un plus bas niveau d'activité sociale

et qui sont moins impliqués dans des clubs ou des associations ont une plus grande vulnérabilité au stress du vieillissement et moins de facilité dans les comportements interpersonnels.

Cependant, l'analyse effectuée par Younger (1990) sur 145 études de cas de suicide chez les aînés ne confirme pas l'hypothèse selon laquelle l'isolement est la cause probable du suicide. En effet, un nombre élevé de sujets étaient mariés au moment de leur mort et ceux qui vivaient seuls souffraient également de problèmes physiques.

### La dépression

La dépression est le désordre mental le plus fréquent au cours de la vieillesse et le facteur de risque de suicide le plus significatif (De Leo et Diekstra, 1990). Les auteurs ne s'entendent pas sur l'estimation de la fréquence de ce facteur dans la population âgée. Murrell et Meeks (1991) estiment ce nombre à environ 10% et Molinari (1991) croit que 27% montrent des symptômes dépressifs. Par contre, Kirsling (1986) croit "qu'au moins 30% des 65 ans et plus souffrent de dépression clinique et (...) il y a une plus forte incidence de dépression parmi les hommes âgés que parmi les femmes" (p.362). D'autres auteurs affirment que la dépression, facteur majeur du suicide des âgés, sous-tend les 2/3 des suicides de ce groupe d'âge



(Gurland et Cross, 1983: voir Osgood et al., 1991; Richardson et al., 1989).

La prévalence des conditions physiques chroniques et des nombreuses pertes que vivent les âgés (Cimon-Desrochers, 1981; Lyons, 1985; McIntosh et Santos, 1985-1986; Templer et Capelletty, 1986), un statut social bas, la présence de symptômes dépressifs ainsi qu'un faible réseau social sont des caractéristiques qui augmentent la vulnérabilité de l'âgé à la dépression (Murrell et Meeks, 1991). D'ailleurs, la plupart des âgés dépressifs vivent souvent seuls et sont retraités (Achte, 1988; Miller, 1978; Osgood, 1985; Osgood et al., 1991). Barraclough (1981) a trouvé que chez trente suicidés âgés, 85% avaient un diagnostic de désordre mental et que tous étaient dépressifs.

### La retraite

Le passage à la retraite peut être une période plus particulièrement difficile à traverser surtout chez les hommes et apparaît comme un facteur de risque de suicide (Stillion et al., 1989). Cette étape engendre un sentiment de perte de maîtrise (Hendin, 1982), une baisse de l'estime de soi, de même que la perte du rôle et du statut social, provoquant un changement dans les rôles familiaux, au niveau de l'indépendance personnelle et au niveau de l'autonomie.

De plus, la perte de revenu consécutive à la prise de la retraite influe sur le niveau social et diminue souvent le nombre des activités, ce qui pourrait augmenter le taux de suicide chez les âgés (McIntosh, 1985; Miller, 1978). Ce facteur de risque sera élaboré de façon plus détaillée ci-dessous.

## La retraite

Plus que tout autre facteur de risque, la retraite touche presque tous les hommes âgés, à moins que durant leur vie active l'invalidité, des problèmes cognitifs ou psychologiques, des facteurs économiques, ou le manque de formation, ne les aient empêchés de rejoindre le marché du travail.

Ce phénomène social issu de l'ère industrielle provient d'une part du climat socio-économique qui oblige les employeurs à rationaliser leurs effectifs, et d'autre part de la technologie médicale qui assure une plus grande espérance de vie. Ainsi, un nombre de plus en plus grand d'individus entrent à la retraite. Aux Etats-Unis, Rosenkoetter (1985) estime que d'ici 25 ans, 65 millions de gens auront pris leur retraite, et qu'environ 33 millions de ces retraités seront encore vivants en l'an 2000.

La retraite étant le changement le plus perturbateur dans la vie d'un homme entre 60 et 65 ans, Atchley (1976) croit que jusqu'à 30% des retraités ont des problèmes significatifs avec cette étape de vie. C'est pourquoi il importe d'élaborer différentes approches sur cette étape du vieillissement dont la durée est estimée à 30 ans en 1991 comparativement à 1.2 an en l'an 1900.

### Définition

Si la retraite se définit d'abord comme une situation de non-travail définitive (Aumond, 1982), elle signifie avant tout un abandon des occupations du travailleur dans un monde de productivité. Grad (1990) énonce trois conditions essentielles à la retraite: recevoir des prestations du Régime de pension de retraite, recevoir une pension de l'employeur et avoir arrêté de travailler.

Wattie (1984) souligne à cet effet l'importance du travail dans la vie de l'individu en affirmant que "le travail demeure l'activité la plus importante par laquelle l'homme s'insère dans la société, cultive ses relations et développe une identité et une perception propre" (p.2).

Comme le travail est au centre du champ social de l'individu dans notre société actuelle, l'occupation du travailleur fixe à la fois la position du retraité dans la structure sociale et son rapport à la société et aux autres (Guillemard, 1972). Elle réfère au dernier stade de la vie occupationnelle (Atchley, 1976) et si pour certains, cette étape est vécue comme une opportunité de renouvellement et de liberté, pour d'autres elle est vue comme un stresser aliénant.

Atchley (1976) définit la retraite en termes d'événement, de processus, de rôle social et de crise d'identité. En effet, ce ne sont pas seulement quelques aspects de la vie sociale, familiale ou personnelle de l'individu qui sont touchés, c'est toute sa vie dans sa globalité qui doit être transformée entraînant des réajustements majeurs s'il veut retrouver son état d'équilibre (Plamondon, Plamondon et Carette, 1984).

Le retraité doit alors travailler à mettre en place des mécanismes d'adaptation pour accomplir ce processus de changement étalé sur plusieurs années. Le passage de la vie active à la retraite provoque un état de crise dont la résolution est déterminante pour le bien-être du retraité. On peut diviser ce processus en phases spécifiques ayant leurs propres caractéristiques.

#### Phases de la retraite

Alors que Neugarten (1976) croit que les expériences de la retraite sont spécifiques à cette étape de vie, Atchley (1976) va plus loin et suggère cinq phases successives d'adaptation à la retraite : 1) la phase "d'euphorie" où le retraité savoure sa nouvelle liberté exempte de contraintes reliées tant aux horaires fixes qu'aux responsabilités du travail, et qui dure en moyenne de six mois à un an; 2) la phase de "désenchantement" où l'individu fait face à la cruelle réalité du vide de sa vie et où

apparaissent souvent des problèmes physiques et psychiques pouvant le mener à un état dépressif ou pré-suicidaire; cette phase se situe vers la deuxième année de retraite; 3) la phase de "réorientation", c'est-à-dire une période d'implication dans de nouveaux intérêts et activités qu'il n'a jamais eu le loisir de développer; cette phase se situe vers la troisième année de retraite; 4) la phase de "stabilité", vers la quatrième année de retraite, est celle où le retraité vit selon les critères et nouveaux objectifs qu'il s'est fixés; et 5) la phase "terminale", dernière phase du cycle de la vie, est souvent marquée par la maladie, l'invalidité ou la mort. Il n'y a pas de recherches cependant permettant de corroborer ce modèle.

Toutefois, Adams et Lefebvre (1980) ont étudié les particularités de la mortalité des retraités de 65 ans et plus. Ils ont observé que chez les hommes, la première et la troisième année de retraite se caractérisent par une régression de la mortalité, tendance qui se trouve renversée pendant les deuxième et quatrième années. Ces fluctuations diffèrent sensiblement de celles que l'on observe dans les taux de mortalité correspondants de l'ensemble de la population canadienne masculine. Ces fluctuations peuvent s'expliquer par les phases vues précédemment qui peuvent intervenir dans le processus d'adaptation à la

retraite, phases qui sont sensiblement différentes chez les retraités de sexe masculin et féminin.

C'est donc dire l'importance de la crise de la retraite chez l'homme âgé. C'est pourquoi cette étude s'est arrêtée spécifiquement sur les cinq premières années qui représentent une étape charnière dans le processus du passage de la vie productive à celle socialement moins valorisée de la retraite, période non productive économiquement.

#### Pertes occasionnées par la retraite

Les pertes occasionnées par la retraite sont nombreuses. Le retrait de la vie active atteint toutes les sphères de la vie de l'individu et entraîne des conséquences aux niveaux personnel, social et psychologique.

Rosenkoetter (1985) s'est penchée particulièrement sur la problématique de la retraite et a dégagé six zones potentielles de conflits auxquels l'individu doit s'adapter s'il veut ressentir de la satisfaction face à sa retraite et qui, s'ils ne sont pas résolus, peuvent entraîner des sentiments négatifs: perte de statut, importante source d'estime personnelle; perte des rôles; isolement social causé par la perte des contacts sociaux et des relations avec les amis; baisse de revenu, les bénéfices de retraite étant souvent insuffisants pour

maintenir le rythme de vie antérieur; modification de la structure de vie et de l'emploi du temps libre; et finalement, la perte du groupe de support, issu la plupart du temps de son milieu de travail.

Le plus grand changement qui affecte le retraité dans presque tous les aspects de sa vie est son rôle. Barrett (1985) affirme que l'identité reliée au rôle a plus d'effets significatifs pour les hommes que pour les femmes. Le retraité perd son rôle social, conjugal et familial. Il se retrouve souvent isolé et en rupture avec le reste de la société, ayant le sentiment d'avoir perdu son identité sociale: c'est la mort sociale (Cimon-Desrochers, 1981; Guillemard, 1972), d'où peut résulter en sentiment de rejet, d'inutilité et de grande solitude.

Loin de l'aider à reconquérir une nouvelle identité, la société actuelle met l'emphasis sur la jeunesse, la productivité et depuis quelques années, sur la bonne forme physique. Du jour au lendemain le retraité se voit classé membre non productif où la sagesse et l'expérience semblent avoir perdu toute valeur, et l'impact de la retraite dans notre société actuelle est plus dévastateur sur l'estime de soi des hommes que des femmes (Templer et Capelletty, 1986). Afin de se refaire une autre identité, il peut alors décider de faire partie de l'association



des retraités de son milieu de travail ou d'un autre groupe structuré.

Tous ces changements et pertes dans les différents secteurs de sa vie créent chez le retraité un stress auquel il doit s'adapter. Plusieurs auteurs relatent en effet l'importance de l'impact psychologique qu'entraîne la retraite. Ces pertes, en plus des ressources adaptatives qui sont plus restreintes à cet âge, contribuent au développement de problèmes de dépression, de santé mentale, d'anxiété (Achte et Khara, 1986) et de stress (Bosse, 1991).

A partir d'un échantillon de gens retraités depuis un à trois ans, et âgés de 52 à 67 ans, Mullonkal (1987) dégage certaines caractéristiques émotionnelles qui sont apparues par rapport à l'expérience de la retraite: peur et anxiété, solitude, frustration, désappointement, sentiments d'insécurité et de vide, ressentiment, dépression, satisfaction, contentement et joie. Les résultats soulignent la prévalence des émotions négatives sur les positives.

Mais ces recherches ne tiennent pas compte des facteurs situationnels qu'entraîne la retraite. Bosse (1991) est allé plus loin que le simple phénomène de l'arrêt de travail. Il a tenu compte également de l'état de santé et de la situation économique

du retraité. A partir d'un échantillon de 1516 sujets, dont 45% sont retraités au cours de l'année précédant l'expérimentation, il souligne que seulement 30% voient leur retraite comme un événement stressant et que le pauvre état de santé, ainsi que la situation économique faible de la famille, sont plus prédicteurs de stress.

Il ressort que le retrait du marché du travail n'est pas le seul facteur de satisfaction de vie ou de dépression, la santé et la situation économique influencent aussi de façon importante le bien-être de l'individu. Il importe également de tenir compte des variables intra-personnelles qui, ajoutées aux facteurs externes, jouent un rôle de première importance lorsqu'on veut distinguer les causes sous-jacentes de l'impact psychologique des premières années de la retraite chez le retraité.

#### Attitudes face à la retraite

En plus des éléments socio-environnementaux et intrapersonnels qui peuvent avoir un impact psychologique, il semble que l'adaptation peut être également influencée par l'attitude de l'individu face aux éléments ayant orienté sa décision de prendre sa retraite.

Certaines conditions peuvent induire une attitude positive face à cette étape de vie. Les individus qui voient la retraite comme une expérience plaisante, particulièrement en comparaison avec leur travail, seraient plus enclins à se retirer que ceux qui anticipent la retraite comme étant moins satisfaisante que leur travail (Parker, 1982). Plus leur travail sera attrayant, moins ils auront une attitude positive, les insécurités financières ayant peu d'influence sur leur décision.

Atchley (1976) souligne également que les attitudes des gens envers la retraite sont spécifiques à l'emploi. C'est le cas des professionnels qui généralement tirent plus de bénéfices de leur travail que les cols-bleus.

Karp (1989) démontre dans une recherche effectuée auprès de 75 professionnels âgés entre 50 et 60 ans que ces derniers sont relativement plus satisfaits de leur travail que les non-professionnels et qu'ils considèrent la retraite comme une "mort sociale", alors que certains sujets surchargés par leur horaire de travail voient favorablement le moment de leur retraite. Fretz, Kluge, Ossana et Jones (1989) ajoutent que de lourdes responsabilités au travail et le peu de planification face à la baisse de revenus, aux changements dans la vie conjugale ainsi que dans les temps de loisir peuvent générer des attitudes plus négatives.

En plus d'être dépendante de la satisfaction au travail, l'attitude envers la retraite peut dépendre largement des conditions financières (Atchley, 1976). L'attitude tend à être plus favorable parmi les gens qui détiennent des emplois plus rémunérateurs. Gill (1981) affirme, après une recherche effectuée auprès de 5020 hommes, que les meilleurs prédicteurs d'une attitude positive face à la retraite sont l'absence d'obligations financières, la mobilité occupationnelle (changement d'emploi, d'employeur, de responsabilités) et un plus haut statut socio-économique.

Le comportement social et la santé sont également d'autres facteurs influençant l'attitude du retraité. Les gens ayant des emplois non spécialisés (ou cols-bleus) sont aussi souvent ceux qui sont moins engagés dans des activités sociales ou communautaires. Aussi, bien souvent, ils préfèrent retarder le moment de leur retraite plutôt que de se retrouver oisifs même s'ils n'aiment pas leur emploi. Cependant, une certaine catégorie de travailleurs effectuant des tâches plus difficiles physiquement sont plus affectés dans leur processus de vieillissement et montrent des attitudes plus positives envers la retraite (Atchley, 1976), celle-ci représentant le moment attendu où le retraité pourra se reposer.

Aujourd'hui cependant, Riker et Myers (1990) affirment que les conditions favorables au maintien de la santé ainsi que de meilleures conditions économiques génèrent des attitudes plus positives et qu'elles vont même jusqu'à prédire l'engagement, par des lectures ou des discussions sur la retraite, dans le processus de mise à la retraite (Evans, Ekerdt et Bosse, 1985).

La plupart de ces recherches s'intéressent aux attitudes face à la retraite lorsque le travailleur est encore actif. Peu de recherches se sont penchées sur les attitudes du retraité après la prise de la retraite. Selon Fretz et al. (1989), des attitudes positives chez le retraité favorisent une meilleure capacité d'adaptation. La présente étude contribuera à élargir les connaissances dans ce domaine peu exploré.

#### Retraite subie ou choisie

Un autre phénomène important et relativement récent concernant l'impact psychologique de la mise à la retraite et qui peut influencer l'attitude et la satisfaction du retraité, est la prise de retraite subie ou choisie. On entend par retraite subie toute cessation complète de l'activité professionnelle pour une raison hors du contrôle de l'individu (état de santé, politique de l'employeur, fermeture de poste, maladie de l'épouse...). A l'opposé, la retraite est choisie si l'âgé décide par lui-même cet arrêt de travail.

Alors qu'autrefois l'employé prenait l'initiative de la retraite selon ses besoins personnels et ceux de sa famille, aujourd'hui elle est fréquemment une initiative de l'employeur afin de réduire ses coûts de production (Hanks, 1990).

Plusieurs auteurs (Adams et Lefebvre, 1980; Champlin, 1983; Palmore, Burchett, Fillenbaum, George et Wallman, 1985; Plamondon et al., 1984; Ruchlin et Morris, 1992) confirment que l'état de santé réel ou perçu, la qualité des conditions de travail, les politiques de l'employeur, les attentes de leurs collègues amis et famille, la perception de l'adéquacité du revenu de retraite, ainsi que l'implication dans des activités autres que le travail sont des facteurs pouvant jouer un rôle dans la décision de prendre une retraite.

Wirtz et Charner (1989) confirment par ailleurs ces recherches dans une étude faite auprès de 6543 retraités où ils ont observé que 25% des gens ont pris une retraite subie pour raisons de santé.

Le mauvais état de santé peut conduire à l'arrêt forcé de travail. Mais inversement, l'arrêt imprévu et obligatoire peut avoir des conséquences sur l'état physique et psychologique de l'âgé. En effet, sa perception d'une retraite forcée ou qu'il n'a

pas choisie attaque l'estime de soi du retraité et le stigmatise dans la société.

Adams et Lefebvre (1980) affirment que le choc d'une retraite non prévue et non préparée, causée par une retraite forcée, provoque un stress psychologique qui peut avoir des effets néfastes sur la santé. Quoi qu'il en soit, le fait de ne pas travailler augmente la probabilité de dépression, d'anxiété et de tension, d'insomnie, de colère et d'irritation, ainsi que du ressentiment.

De plus, la transition inattendue peut être concomitante avec d'autres transitions familiales, combinant demandes et ressources. La retraite impromptue peut être plus que ce que le retraité peut supporter (Pélizza, 1979).

### La retraite et le suicide

Alors qu'il est mentionné que les personnes de plus de 65 ans sont vulnérables au suicide et que la retraite peut contribuer au développement de problèmes de dépression (Champlin, 1983; Fretz et al., 1989; Mullanckal, 1987), il y a peu d'études spécifiques de cause à effet sur la relation entre la retraite et le suicide.

Plusieurs recherches mentionnent cependant que la non-adaptation à cette nouvelle étape de vie entraîne une vulnérabilité psychologique qui, ajoutée aux multiples changements qu'apportent la retraite et la vieillesse, pourrait mener une personne au suicide (Cimon-Desrochers, 1981; Lavigne-Pley, 1987; Lyons, 1984; Osgood, 1982; Statistique Canada, 1990b).

D'autres recherches s'appliquent à mettre en relation la mise à la retraite et l'augmentation du taux de mortalité (Champlin, 1983). Bosse (1991) mentionne d'ailleurs que le stress relié à la retraite a souvent été cité comme une sérieuse cause d'augmentation de suicide chez les hommes de 65 ans et plus, et



il observe que les plus haut taux de mortalité se retrouvent chez les retraités plutôt que parmi les travailleurs.

Des problèmes spécifiques reliés au non-emploi sont mis en évidence par Brenner (1976: voir Champlin, 1983) qui trouve que chaque augmentation de 1% de non-emploi résulte en une augmentation de 4.1% de suicide, 4.3% d'hospitalisation psychiatrique masculine, 1.9% de mort par cirrhose du foie, et 1.9% de mort causée par un problème cardio-vasculaire ou rénal. De plus, ce chercheur trouve une forte présence de ces problèmes chez la population des retraités âgés de 55 à 65 ans.

En effet, Solomon (1981: voir De Leo et Diekstra, 1990) mentionne que la retraite a fréquemment été associée avec le risque de suicide, spécialement dans les premières années après la fin de l'emploi actif.

Outre la hausse de mortalité comme une des conséquences de la difficulté ou de l'absence d'adaptation à la retraite, d'autres chercheurs se sont attardés sur l'étude de facteurs indirectement associés à la retraite pouvant jouer un rôle dans la vulnérabilité au suicide.

Miller (1978) met l'emphasis sur la relation entre la retraite et le manque de rôles significatifs que peuvent jouer les retraités dans notre société technologique. Il a rapporté une

plus haute incidence de suicide parmi les âgés ayant peu d'activités.

D'autres auteurs (Peretti et Wilson, 1978-79) ont étudié l'influence de la retraite sur la stabilité émotionnelle (absence de dépression) et les relations interpersonnelles. Une étude, effectuée auprès d'un échantillon de 140 hommes retraités depuis deux à trois ans et n'ayant aucune histoire précédente d'idéations ou de tentatives suicidaires, indique que plus le degré de stabilité émotionnelle est élevé, moins il y a présence d'idéation suicidaire. La stabilité émotionnelle semble plus pertinente que le statut de retraité. Egalement, il y a peu d'idéation suicidaire quand les retraités s'impliquent dans des relations interpersonnelles. Le contact interpersonnel semble diminuer les idées suicidaires. Le fait d'être seul, particulièrement pour les âgés, peut générer des sentiments d'infériorité, d'humiliation et d'anxiété qui augmentent la probabilité d'idéation suicidaire.

Holding (1984) ajoute même qu'il y a un haut risque de suicide parmi les individus qui envisagent la retraite sans le support d'activités ou d'intérêts alternatifs.

Alors que la maladie physique, la perte de rôle, les contacts sociaux, les relations conflictuelles avec les proches et les facteurs économiques semblent avoir un lien avec l'incidence de suicide, on ne retrouve pas d'études mettant en relation l'existence d'idéation suicidaire avec un ou plusieurs facteurs de risque de suicide associés à la retraite.

### Hypothèses

La présente recherche se veut une exploration de différents facteurs d'idéation suicidaire chez les retraités qui vivent des difficultés d'adaptation à la retraite en comparant les hommes âgés non suicidaires avec les suicidaires, ce qui constitue son aspect original.

Certains chercheurs font ressortir que l'isolement social, le manque de contacts dû aux pertes interpersonnelles, la retraite obligatoire ou non de la vie professionnelle (Modestin, 1989), le niveau de dépression, les sentiments d'inutilité et d'inadéquacité, la baisse de revenus (Miller, 1978) ainsi qu'une attitude négative face à la retraite (Mann, 1991) sont des aspects problématiques de la retraite. Ces aspects sont relevés abondamment dans la littérature comme étant également des facteurs de risque de suicide.

S'appuyant donc sur la synthèse des écrits scientifiques précédents et s'inspirant de ce qui a été dit antérieurement, les six hypothèses principales et les trois hypothèses secondaires suivantes seront examinées:

Dans les cinq premières années de la retraite,

1. Les retraités ayant pris une retraite subie ont un niveau d'idéation suicidaire plus élevé que ceux ayant choisi le moment de leur retraite.
2. Les retraités suicidaires présentent une attitude plus négative face à la retraite que les non suicidaires.
3. Les retraités suicidaires évaluent avoir un moins bon état de santé perçu que les retraités non suicidaires.

Hypothèse secondaire:

- a) Il y a une relation positive entre la fréquence des problèmes de santé et l'existence d'idéation suicidaire.
4. Les retraités suicidaires sont plus dépressifs que les retraités non suicidaires.
5. Les retraités suicidaires ont un réseau familial et social moins étendu et moins satisfaisant que les non suicidaires.

Hypothèses secondaires:

- a) Ils ont moins de confidents que les retraités non suicidaires.
  - b) On retrouve plus de veufs suicidaires que non suicidaires.
6. Les retraités suicidaires participent moins à des activités sociales et récréatives et en sont moins satisfaits que les retraités non suicidaires.

## Chapitre II

### Méthodologie

Le deuxième chapitre comprendra quatre parties: la description de l'échantillon, les instruments de mesure, la procédure et le traitement statistique. D'abord le présent travail dressera un bref portrait des sujets en indiquant les critères de sélection, la moyenne d'âge ainsi qu'un bref aperçu de leur milieu d'appartenance. Ensuite, suivront la description du matériel utilisé pendant l'expérience de même que la nature et la pertinence de ce matériel. Puis, la procédure employée lors de l'expérimentation ainsi que le traitement statistique utilisé seront expliqués de façon détaillée.

#### Description de l'échantillon

Cette étude est menée dans le cadre d'un projet de recherche plus large effectué par le Laboratoire de gérontologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Le profil des âgés à risque de suicide, tel que dégagé par plusieurs auteurs (Achte et Karha, 1986; McIntosh, 1985, 1992; Miller, 1978; Osgood, 1982; Osgood et al., 1991;

Templer et Capelletty, 1986; Richardson et al., 1989), a permis d'identifier plus clairement les facteurs de risque de suicide chez les âgés et a servi de critère de sélection pour le choix de l'échantillon.

Le critère principal, cependant, concernait la difficulté d'adaptation à la retraite. Les sujets présentant des indices de mauvaise adaptation à la retraite comme l'alcoolisme, la malnutrition, la perte d'autonomie (Copti, 1985), le retrait social et la dépression pouvant même aller jusqu'à l'auto-destruction (Soucy, 1991) ont retenu plus spécifiquement notre attention.

Les sujets sont de sexe masculin, retraités depuis un à cinq ans, ne détiennent pas d'emploi à temps partiel ni ne reçoivent de prestations d'assurance-chômage. Ils ne présentent pas d'antécédents psychiatriques ni de problèmes cognitifs.

Les sujets de l'échantillon sont âgés de 55 à 72 ans ( $M=60.8$ ,  $é.t.=6.3$ ). Tous sont retraités depuis moins de cinq ans. Une partie de l'échantillon provient de la région de l'Outaouais ( $N=57$ ) alors que le reste est recruté dans la région de Trois-Rivières et de Shawinigan ( $N=67$ ).



Différents tableaux illustrent la répartition des sujets selon le statut civil (tableau 3), le niveau de scolarité (tableau 4) et l'occupation au moment de la retraite (tableau 5).

La majorité des sujets sont mariés (N=100, 80.6%). Ils détiennent, en nombre à peu près équivalent, une scolarité de niveau élémentaire (N=26, 21%), secondaire (N=36, 29%) ou universitaire (N=35, 28.2%). Au moment de leur retraite, ils occupaient majoritairement un emploi de cadre (N=44, 35.5%) ou de travailleur manuel (N= 34, 27.4%).

Près de la moitié de l'échantillon (N=59, 47.6%) affirment avoir subi le moment de leur retraite et plusieurs (N=70, 56.5%) éprouvent des problèmes de santé. De plus, deux sujets de l'échantillon (1.6%) ont déjà fait une tentative de suicide et cinq (4%) avaient des idées suicidaires au moment de l'expérimentation, mais n'avaient pas cristallisé leur projet.

Les sujets de l'échantillon proviennent de diverses associations de retraités, centres communautaires et institutions gouvernementales des régions de Trois-Rivières, Shawinigan et Hull. Une liste des membres a été fournie par les responsables de ces regroupements. Mentionnons que les sujets ciblés disaient participer rarement aux rencontres de leur association.

Tableau 3  
Nombre de sujets répartis selon le statut civil

Statut civil	N	%
Marié	100	80.6
Célibataire	1	.8
Veuf	11	8.9
Séparé - Divorcé	8	6.5
Conjoint de fait	4	3.2

Tableau 4  
Nombre de sujets répartis selon le niveau de scolarité

Niveau de scolarité	N	%
Elémentaire	26	21.0
Secondaire	36	29.0
Technique	10	8.1
Classique	17	13.7
Universitaire	35	28.2

Tableau 5  
 Nombre de sujets répartis selon l'occupation  
 au moment de la retraite

Occupation	N	%
Manuel	34	27.4
Cadre	44	35.5
Affaires	1	.8
Technicien	20	16.1
Professionnel	16	12.9
Employé de bureau	9	7.3

De plus, une certaine partie du recrutement s'est effectuée par le biais d'une publicité rédigée dans les quotidiens locaux. Tous ont été invités à participer à la recherche sur une base volontaire et confidentielle.

Un total de deux cent treize (213) sujets ont ainsi été rejoints par téléphone. De ce nombre, cent vingt-quatre (124) ont été retenus, les autres ne répondant pas aux critères de sélection, présentant un état de santé trop détérioré, n'étant pas disponibles ou refusant tout simplement de participer à la recherche.

### Les instruments de mesure

Dans la présente étude, quatre instruments sont utilisés (Appendice A). Un premier questionnaire (questions 1 à 11) fournit les renseignements personnels et les données socio-démographiques du sujet. Un second questionnaire d'attitudes face à la retraite, adapté par Lapierre (1991) (question 12, items 1 à 33), est inspiré du questionnaire "Passage de la vie active à la retraite" élaboré par la Fondation générale de gérontologie (1989). Ce questionnaire nous informe sur l'attitude neutre positive ou négative que vit le retraité par rapport à sa retraite. Cet instrument, utilisé habituellement avec une population de pré-retraités, est employé ici avec des sujets ayant déjà pris leur retraite.

L'état psychologique du sujet, troisième instrument de mesure, s'évalue par l'Echelle de Dépression Gériatrique (EDG), traduction de Bourque, Blanchard et Vézina (1988) de l'épreuve américaine Geriatric Depression Scale (GDS) (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey et Leirer, 1983) (question 38, items 1 à 30). Une étude de validation du EDG (Bourque et al., 1988) révèle des caractéristiques psychométriques indiquant que cette traduction française du GDS est fidèle et valide (consistance interne: Nouveau-Brunswick, .84, Québec, .89; test-re-test: Nouveau-Brunswick, .83, Québec, .70). Par conséquent, elle

constitue une mesure adéquate de dépistage de la dépression pour la population francophone de 65 ans et plus. Templer et Capelletty (1986) rapportent que cette échelle a été développée spécifiquement pour la population gériatrique et tient compte des changements physiologiques et psychologiques normaux qui surviennent avec le vieillissement.

Enfin, un dernier questionnaire mesurant l'attitude envers la vie, la mort et le suicide "Attitude face à la vie et à la mort" (questions 39 à 49) a été élaboré par Lapierre et al. (1991). Cet instrument met l'emphasis sur les réflexions des retraités au sujet de la mort, leur opinion sur ceux qui font des tentatives de suicide, les situations qui leur font croire que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, le degré de risque suicidaire (idéation, planification), les réactions des gens avec qui ils partagent leurs intentions suicidaires, et enfin les raisons qui pourraient empêcher ou provoquer l'acte suicidaire.

#### La procédure

Après avoir pris rendez-vous par téléphone avec chacun des sujets, ceux-ci étaient rencontrés individuellement à domicile ou au Laboratoire de gérontologie durant une période d'environ deux heures.

Quatre expérimentateurs ayant reçu une formation identique préalable sur les instruments de mesure ont rencontré un nombre à peu près égal de sujets. En dernière année de baccalauréat en psychologie, ils possèdent une expérience de base en relation d'aide, ceci afin d'amasser des informations cliniques pertinentes et d'assurer un soutien thérapeutique, le cas échéant, lors de problématiques exprimées au cours de l'expérimentation.

Afin de répondre aux normes éthiques, le questionnaire comporte également une dernière question concernant le désir de chaque sujet de recevoir de l'aide pour traverser ses difficultés actuelles. Aucun sujet n'a manifesté ce désir. De plus, chacun des expérimentateurs se devait de vérifier et de noter les manifestations d'indices et messages suicidaires d'ordre verbal, comportemental et situationnel. Une liste de ces indices fut fournie à chacun (Appendice A). Des rencontres ultérieures avec le sujet sont assurées lors de problèmes particuliers, ce qui fut d'ailleurs le cas pour trois des sujets de l'échantillon. Dans ces trois cas, les responsables de la recherche, psychologues, supervisaient les expérimentateurs.

A partir des questions établissant la présence d'idéation suicidaire, les sujets sont séparés en deux groupes: les sujets n'ayant présentement ou précédemment jamais songé au

suicide sont classés dans le groupe des âgés non suicidaires, alors que les gens qui ont déjà pensé au suicide auparavant, qui pensent quelquefois que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qui croient que certaines situations les inciteraient au suicide, qui affirment qu'ils songent présentement au suicide et qui ont formé un plan ou trouvé un moyen de suicide forment le groupe des suicidaires.

Selon ces critères, 47% des sujets de notre échantillon sont non suicidaires (Groupe 1, N=58) et 53% sont suicidaires (Groupe 2, N=66).

#### Traitement statistique

Afin de vérifier les hypothèses et de prévoir quel sera le meilleur prédicteur d'idéation suicidaire lors des cinq premières années de la retraite, différents traitements statistiques ont été effectués.

Des analyses préliminaires (test  $t$  et chi-carré) vérifient s'il y a des différences significatives entre le groupe des retraités non suicidaires (Groupe 1) et suicidaires (Groupe 2) sur des variables socio-démographiques afin de voir si les groupes sont équivalents. Ils doivent en fait vérifier la présence de différences attribuables à l'âge, à la scolarité, au

temps de prise de la retraite et à l'écart entre le revenu actuel et le revenu avant la retraite.

Des analyses statistiques différentes permettront de vérifier les hypothèses principales et secondaires. Une analyse descriptive (test  $t$ ) vérifiera la première hypothèse, à savoir s'il y a des différences significatives selon le type de retraite subie ou choisie sur la variable idéation suicidaire. Ensuite, d'autres analyses descriptives (test  $t$ ) vérifieront les cinq dernières hypothèses principales afin de voir s'il existe des différences significatives entre le groupe non suicidaire et suicidaire sur les variables dépendantes attitude face à la retraite, état de santé perçu, réseau familial et social, satisfaction des relations familiales et sociales, fréquence des activités sociales, satisfaction de la participation aux activités sociales, dépression, attitude face à la retraite et type de retraite.

Pour la vérification des hypothèses secondaires, une matrice de corrélation entre la variable indépendante fréquence des problèmes de santé et la variable dépendante idéation suicidaire permettra de comprendre certains liens entre les variables. Puis, le traitement statistique du chi-carré établira à l'aide d'un tableau de contingence s'il y a des différences significatives dans le nombre de confidents de chacun des deux



groupes de l'expérimentation, et la prépondérance significative du nombre de veufs en regard de ces deux groupes.

Des analyses ultérieures examineront l'importance de l'idéation suicidaire en regard des variables raison de prise de retraite, attitude face à la retraite, état de santé perçu, fréquence des problèmes de santé, activités sociales et fréquence d'activités sociales.

Enfin, une analyse de régression permettra de vérifier quel est le meilleur facteur prédicteur d'idéation suicidaire à l'âge de la retraite parmi les variables les plus significatives. Ces données pourront éventuellement servir de piste pour des recherches ultérieures ou pour l'élaboration d'un profil suicidaire plus précis concernant les hommes retraités depuis moins de cinq ans.

Pour réaliser ces analyses, les mesures de certaines variables ont été recodifiées. L'échelle en six points de l'état de santé perçu a été ramenée à trois: 1=excellent, 2=bon, 3=mauvais. De plus, les 32 attitudes face à la retraite ont été recodifiées en trois attitudes fondamentales: 0=attitude négative, 1=attitude neutre, 2=attitude positive. Ensuite, s'inspirant du modèle sur le processus suicidaire de Phaneuf et Séguin (1987), une pondération en cinq temps a été développée

selon le cheminement à l'intérieur du processus où est engagé le sujet: raison incitant au suicide=1 point (question 48); rumination de l'idée suicidaire=2 points (question 42); idéation suicidaire antérieure=3 points (question 44a); planification=4 points (question 44f); idéation actuelle=5 points (question 44e). A partir de la sommation de ces cotes, on pourra déduire que le sujet est non suicidaire (présence d'idéation suicidaire= 0) ou suicidaire (présence d'idéation suicidaire>1).

Il est à noter également que pour les analyses concernant le type de retraite, les sujets ayant mentionné un nombre égal de raisons subies et choisies de prise de la retraite ont été enlevés afin que les résultats soient les plus révélateurs possible.

### Chapitre III

#### Analyse des résultats et discussion

Ce chapitre présente les résultats et la discussion. Dans un premier temps, les analyses statistiques examinent les résultats concernant les différentes variables mentionnées précédemment. La présentation suivra l'ordre suivant: les analyses préliminaires, les analyses découlant des six hypothèses et des trois hypothèses secondaires formulées, les analyses complémentaires et l'analyse de régression.

Une seconde section analyse et discute les résultats déjà vus. La discussion suit le même ordre que la présentation des résultats.

En guise de conclusion, quelques recommandations sont faites dans le but d'aider les intervenants et les chercheurs qui sont intéressés par ce sujet.

## Analyse des résultats

### Analyses préliminaires

Les tests  $t$  ne montrent pas de différence significative quant à l'âge et la scolarité entre les groupes non suicidaire et suicidaire (tableau 6). Par contre, on peut observer une différence significative entre les deux groupes quant à la variable temps de retraite ( $t=2.00$ ,  $p<.05$ ). Les âgés non suicidaires sont à la retraite depuis moins longtemps ( $M=19.84$  mois) que les âgés suicidaires ( $M=25.68$  mois). Les analyses du chi-carré n'indiquent pas de différence significative entre les deux groupes ( $M1=1.34$ ,  $M2=1.41$ ,  $X^2=.15$ ,  $p>.05$ ) sur la variable écart entre le revenu actuel et le revenu avant la retraite.

On peut déduire de ces analyses préliminaires que l'âge, la scolarité ainsi que l'écart entre le revenu actuel et le revenu avant la retraite sont relativement homogènes dans les deux groupes. Seul le temps de retraite peut être un facteur de différence dont il faudra tenir compte lors de l'interprétation des analyses subséquentes.

Tableau 6

Résultats des analyses préliminaires (Test  $t$ ) sur les variables âge, scolarité, temps de retraite (en mois) pour le groupe non suicidaire (Groupe 1, N=58) et suicidaire (Groupe 2, N=66)

GROUPE		<u>M</u>	<u>dl</u>	<u>t</u>	<u>p</u>
Age	1	61.43	122	1.04	n.s.
	2	60.30			
Scolarité	1	5.91	122	0.52	n.s.
	2	6.06			
Temps de retraite (mois)	1	19.84	122	2.00	.05
	2	25.68			

#### Vérification des hypothèses

Des six hypothèses visant à établir s'il y a des différences significatives entre les deux groupes de cette recherche (hypothèses 2, 3, 4, 5, et 6) ainsi qu'entre les deux types de retraite (hypothèse 1), trois sont vérifiées (hypothèses 1, 3, 4). Le tableau 7 donne les analyses statistiques des hypothèses, dont voici un bref rappel:

1. Qu'en est-il de l'attitude des non-suicidaires et des suicidaires face à la retraite?

2. Y a-t-il une différence concernant le risque suicidaire selon le type de retraite?
3. Est-ce que la perception de l'état de santé est la même pour les deux groupes de notre échantillon?
4. Les retraités suicidaires sont-ils plus dépressifs que les retraités non suicidaires?
5. Qu'en est-il de la différence du nombre de personnes dans le réseau familial et social des deux groupes ainsi que de la satisfaction de leur relation?
6. Y a-t-il un écart dans la participation des non-suicidaires et des suicidaires à des activités sociales et récréatives?

On peut observer que la question de recherche portant sur l'attitude plus négative face à la retraite qu'auraient les retraités suicidaires ( $\bar{M}=1.81$ ) par rapport aux non-suicidaires ( $\bar{M}=1.67$ ), montre une tendance presque significative. En effet, l'attitude envers la retraite semble montrer des différences ( $t(122)=1.93$ ,  $p=.06$ ), même si elles ne sont pas significatives entre les deux groupes de retraités.

Cependant, les âgés suicidaires ayant pris une retraite subie, donc qui, pour des raisons personnelles, familiales ou professionnelles, ont été obligés de prendre leur retraite,

Tableau 7

Résultats aux tests  $t$  sur les variables attitude face à la retraite, état de santé perçu, dépression, réseau familial et social, satisfaction des relations familiales et sociales, fréquence des activités sociales et satisfaction de la participation pour le groupe non suicidaire (Groupe 1, N=58) et suicidaire (Groupe 2, N=66)

GROUPE		<u>M</u>	dl	<u>t</u>	<u>p</u>
Attitude	1	1.81	122	1.93	n.s.
	2	1.67			
Santé	1	2.09	122	2.43	.02
	2	2.64			
Dépression	1	3.83	122	3.88	.0000
	2	7.24			
Réseau	1	24.26	122	1.11	n.s.
	2	26.38			
Sat. relations	1	3.02	107	.22	n.s.
	2	2.97			
Activités	1	2.50	122	.37	n.s.
	2	2.42			
Sat. activités	1	1.54	107	.71	n.s.
	2	1.46			



Tableau 7 (suite)

Résultats aux tests  $t$  sur la variable idéation suicidaire pour  
le type de retraite subie (Groupe 1, N=38)  
et choisie (Groupe 2, N=74)

GROUPE		<u>M</u>	dl	<u>t</u>	<u>p</u>
Idéation	1	3.08	110	2.21	.03
	2	1.63			

indiquent significativement un niveau plus élevé d'idéation suicidaire ( $\underline{M}=3.08$ ) que ceux ayant choisi ( $\underline{M}=1.63$ ) le moment de se retirer du marché du travail ( $t(122)=2.21$ ,  $p<.05$ ).

Dans un autre ordre d'idée, les résultats concernant l'état de santé perçu indiquent que les suicidaires ( $\underline{M}=2.64$ ) perçoivent avoir de façon significative ( $t=2.43$ ,  $p<.05$ ) un plus mauvais état de santé que les non-suicidaires ( $\underline{M}=2.09$ )

L'état psychologique indique de façon très significative une différence entre le groupe non suicidaire et suicidaire ( $t=3.88$ ;  $p<.0001$ ). Les personnes ayant des idées suicidaires sont significativement plus déprimées ( $\underline{M}=7.24/30$ ) que les personnes non suicidaires ( $\underline{M}=3.83/30$ ).

Par contre, les hypothèses concernant l'étendue du réseau familial et social, la satisfaction des relations familiales et sociales, la fréquence de la participation à des activités sociales ainsi que la satisfaction de cette participation se sont avérées non significatives.

Aucune des hypothèses secondaires n'est confirmée. Il n'y a pas de relation entre la fréquence des problèmes de santé et l'existence d'idéation suicidaire ( $r(70) = .11$ ,  $p = n.s$ ). Il n'y a aucune différence dans le nombre de confidents parmi les deux groupes, et il n'y a pas de prépondérance de veufs dans le groupe suicidaire.

#### Analyses complémentaires

Des analyses complémentaires ont été effectuées afin de vérifier s'il y a des différences entre les personnes ayant des idées suicidaires et celles qui n'en ont pas au niveau des six variables suivantes: la raison de prise de la retraite, l'attitude face à la retraite (tableau 8), l'état de santé perçu, la fréquence des problèmes de santé (tableau 9) ainsi que le type et la fréquence des activités sociales (tableau 10).

Il faut cependant nuancer les résultats de ces analyses à cause du nombre asymétrique de sujets dans chaque catégorie qui affaiblit la validité des résultats. Inclues dans le

questionnaire afin de permettre un éventail plus grand de réponses, les catégories ont eu cependant l'inconvénient de répartir le nombre de sujets en nombre trop restreint pour pouvoir faire des analyses statistiques satisfaisantes. Par contre, l'intérêt apporté par ces mesures réside dans la mesure de l'importance de l'idéation suicidaire des retraités pour chacune des catégories.

Il n'y a pas de différence significative ( $F(5)=1.52$ ,  $p=n.s.$ ) entre les différentes raisons de prise de la retraite selon les idéations suicidaires. Bien que l'analyse certifie qu'il n'y a pas de différence entre ces groupes, on peut noter que les âgés qui prennent leur retraite soit de façon subie ( $N=31$ ,  $\underline{M}=3.39$ ) ou choisie ( $N=56$ ,  $\underline{M}=2.12$ ) pour des raisons personnelles tendent cependant à avoir plus d'idées suicidaires que ceux qui prennent leur retraite, même subie, pour des raisons professionnelles ( $N=26$ ,  $\underline{M}=1.73$ ).

Egalement, on ne retrouve pas de différence significative entre les diverses attitudes qu'adoptent les retraités lors de cette période de vie ( $F(2)=2.46$ ,  $p=n.s.$ ). On peut par conséquent observer que ceux qui ont une attitude positive ( $N=112$ ,  $\underline{M}=2.08$ ) ou négative ( $N=6$ ;  $\underline{M}=5.17$ ) montrent plus d'idées suicidaires que les retraités qui adoptent une attitude neutre ( $N=6$ ,  $\underline{M}=1.33$ ).

Tableau 8

Résultats des analyses de variance (Oneway) effectuées sur les variables raison de prise de retraite et attitude face à la retraite selon l'idéation suicidaire

VARIABLES	N	<u>M</u>	dl	<u>F</u>	p
Raison de retraite	124	2.19	5	1.52	n.s.
Subie/Personnelle	31	3.39			
Choisie/Personnelle	56	2.12			
Subie/Profess.	26	1.73			
Choisie/Profess.	7	0.43			
Subie/Familiale	2	0.00			
Choisie/Familiale	2	0.00			
Attitude	124		2	2.46	n.s.
Négative	6	5.17			
Neutre	6	1.33			
Positive	112	2.08			

Tableau 9

Résultats des analyses de variance (Oneway) effectuées sur les variables état de santé perçu et fréquence des problèmes de santé selon l'idéation suicidaire

VARIABLES	N	<u>M</u>	dl	<u>F</u>	<u>p</u>
Etat de santé perçu	124	2.19	2	4.63	.01
Excellent	72	1.43			
Passable	44	3.09			
Mauvais	8	4.12			
Problème 1	70	3.01	3	0.36	n.s.
Rare	22	2.77			
Occasionnellement	8	4.25			
Souvent	9	2.22			
Persistant	31	3.10			
Problème 2	24	4.96	3	3.31	.04
Rare	5	0.20			
Occasionnellement	3	2.00			
Souvent	4	5.75			
Persistant	12	7.42			

Tableau 10

Résultats des analyses de variance (Oneway) effectuées sur les variables activités sociales et fréquence des activités sociales selon l'idéation suicidaire

VARIABLES	N	<u>M</u>	dl	<u>F</u>	p
Activités sociales	124	2.05	4	1.10	n.s.
Aucune	18	2.72			
Individuel	6	4.33			
Entre amis	39	2.05			
Association	54	1.80			
Bénévolat	11	2.09			
Fréquence	124	2.19	3	2.34	n.s.
Aucune	18	2.72			
Parfois	24	3.21			
Souvent	71	1.51			
Quotidiennement	11	3.54			

L'état de santé joue également un rôle important, qu'il soit perçu ou réel. Les analyses entre les différentes catégories de santé perçue permettent de constater qu'il existe une différence très significative reliée au facteur état de santé perçu ( $\underline{M}=2.19$ ;  $\underline{F}(2)=4.63$ ,  $p<.01$ ), et que cette différence se situe essentiellement entre ceux qui perçoivent jouir d'un état de santé "excellent" et ceux qui ressentent leur état comme "passable" et qui obtiennent respectivement des moyennes de 1.43 et 3.09 à la présence d'idéation suicidaires.

L'apparition rare, occasionnelle, fréquente ou persistante d'un premier problème de santé ne montre pas de différence significative ( $N=70$ ;  $\underline{F}(3)=0.36$ ,  $p=n.s.$ ) entre les différentes catégories.

On observe par contre des différences significatives entre les catégories quant à la fréquence d'apparition d'un deuxième problème de santé ( $N=24$ ,  $\underline{M}=4.96$ ;  $\underline{F}(3)=3.31$ ,  $p<.05$ ). Cependant, à cause du nombre trop restreint de sujets par catégorie, des analyses plus poussées n'ont pas permis de voir entre quels groupes se situaient les différences. On ne peut que noter un niveau légèrement plus élevé d'idéation suicidaire lorsqu'un deuxième problème se fait plus fréquent ( $N=4$ ,  $\underline{M}=5.75$ ) ou plus persistant ( $N=12$ ,  $\underline{M}=7.42$ ).

On ne constate pas de différence significative entre les diverses catégories d'activités sociales ( $N=124$ ;  $F(4)=1.10$ ,  $p=n.s.$ ) ni au niveau de la fréquence de participation à ces activités ( $N=124$ ,  $F(3)=2.34$ ,  $p=n.s.$ ). Bien que les analyses certifient qu'il n'y a pas de différence entre ces groupes, on peut observer que les activités sociales pratiquées individuellement ( $N=6$ ,  $\underline{M}=4.33$ ) tendent à avoir un niveau d'idéation suicidaire légèrement plus élevé que celles pratiquées entre amis ( $N=39$ ,  $\underline{M}=2.05$ ) ou en association ( $N=54$ ,  $\underline{M}=1.80$ ).

Par contre, même si aucune analyse n'indique de différence significative, on peut observer une tendance selon laquelle ceux qui participent "souvent" à des activités sociales ( $N=71$ ,  $\underline{M}=1.51$ ) ont moins d'idées suicidaires que ceux qui y participent "parfois" ( $N=24$ ,  $\underline{M}=3.21$ ).

#### Les variables prédictrices: la régression multiple

Une analyse de régression multiple (tableau 11) a été réalisée avec la variable critère idéation suicidaire et les variables identifiées comme les plus pertinentes lors des analyses précédentes: le type de retraite (subie ou choisie), l'état de santé perçu (excellent, passable, mauvais) et l'état psychologique (dépression).



Tableau 11

Coefficients de régression des variables type de retraite,  
santé et dépression

VARIABLES	B	Beta	<u>t</u>	<u>p</u>
Type de retraite	-.51	-.07	-.81	.42
Santé	.49	.07	.33	.74
Dépression	.26	.43	3.94	.0001
(Constante, 0.38)				
R <sup>2</sup> : .21	<u>F</u> (4, 107)=6.97		<u>p</u> <.0001	

Comme ces variables ont révélé des différences significatives sur l'existence d'idéation suicidaire, elles ont été incluses dans les analyses de régression multiple et ont été entrées sous forme de code "dummy" (0/1).

Le tableau ci-dessus montre les coefficients de régression et leur degré de signification au test  $t$ . Il est à noter que toutes les variables prédictrices retenues expliquent 21% de la variance de l'idéation suicidaire, ce résultat étant hautement significatif ( $F(4,107)=6.97, p<.0001$ ). L'examen des coefficients de régression révèle que la dépression s'avère bonne prédictrice de l'importance de l'idéation suicidaire lorsque les autres variables sont tenues constantes.

#### Discussion des résultats et recommandations

L'analyse des résultats a montré la confirmation de trois hypothèses. Les tests de différence de moyennes ont laissé voir l'effet des variables sur l'idéation suicidaire. Nous tenterons maintenant d'interpréter et de discuter ces résultats tout en apportant quelques recommandations.

### Les analyses préliminaires

Les résultats obtenus pour les variables âge, scolarité et écart entre le revenu actuel et celui avant la retraite font ressortir qu'il n'y a pas de différences entre suicidaires et non-suicidaires et que le groupe est relativement homogène pour ces variables.

Bien que la littérature mentionne une proportion plus grande avec l'avance en âge (20.6/100 000 pour les 65-74 ans, Bureau de la statistique du Québec, 1991-92), le taux élevé de suicidaires dans notre échantillon (53%) pourrait être dû aux critères de sélection utilisés ici: difficultés d'adaptation à la retraite, problèmes de santé, deuil, isolement et indices dépressifs.

Ce taux confirme également la méthodologie de la recherche s'appuyant sur le profil de l'âgé suicidaire tel qu'élaboré par Achte et Khara (1986), McIntosh (1985, 1992), Miller (1978), Osgood (1982), Osgood et al. (1991), ainsi que Templer et Capelletty (1986). Ce profil attribue à la vulnérabilité psychique pouvant être causée par un cumul de pertes inhérentes au vieillissement, la proportion presque'équivalente de non-suicidaires et de suicidaires (47% vs 53%) retrouvée dans cette recherche.

On note également que, bien que de milieux de travail différents (cols-bleus vs cols-blancs), la perception de l'état des revenus actuels par rapport à ceux avant la retraite est la même, c'est-à-dire que presque l'ensemble des retraités de l'échantillon perçoit une diminution de revenus, diminution mentionnée d'ailleurs par la plupart des auteurs (Atchley, 1976; Kirsling, 1986; Osgood, 1985; Rozenkoetter, 1985; Veilleux et Kiely, 1990) s'intéressant au phénomène de la retraite.

Concernant le temps de prise de la retraite, les résultats contredisent la théorie de Atchley (1976) selon laquelle des problèmes physiques et psychologiques pouvant mener le retraité à un état dépressif ou pré-suicidaire apparaissent à la deuxième année de retraite. Adams et Lefebvre (1980) mentionnent également une augmentation du taux de mortalité se situant lors de cette phase de la retraite. Or, les résultats de la présente recherche indiquent que les non-suicidaires se situent dans leur deuxième année de retraite (19.84 mois) alors que les suicidaires abordent la troisième année (25.68 mois).

On pourrait peut-être attribuer ce décalage aux mesures économiques actuelles voulant que les retraités puissent jouir d'allocations de chômage pendant une année après l'arrêt de travail, surtout lorsqu'il est subi, ce qui est le cas pour 46.7%

de notre échantillon. On pourrait croire que le retraité ne se considérait pas alors véritablement à la retraite. Cette différence pourrait être attribuée également aux sessions de préparation à la retraite dispensées dans les régions où a eu lieu l'expérimentation, permettant ainsi de réduire le stress relié à un arrêt trop soudain de travail.

McIntosh (1988-89) mentionne en effet une corrélation positive entre l'augmentation de la sécurité économique et le déclin du suicide chez les personnes âgées, alors que Szinovacz (1984), dans une enquête réalisée auprès de 915 retraités des deux sexes, constate l'effet significatif de la planification à la retraite sur l'ajustement à cette étape de vie.

### Les hypothèses

#### A. La retraite

Les âgés de notre échantillon ne présentent pas de différence significative au niveau de l'idéation suicidaire en fonction de leur attitude face à la retraite. Le grand nombre de sujets (90.3%) montrant une attitude positive face à leur situation de retraité peut indiquer que la perte de travail elle-même, même si elle est subie chez 46.7% des sujets, semble ne pas être facteur de maladaptation.

On ne peut établir de comparaison avec la présente recherche d'après les écrits scientifiques en raison de l'absence d'études connues existant sur les attitudes du retraité après la prise de sa retraite; les chercheurs semblent ne s'être attardés que sur les attitudes du travailleur avant sa retraite.

Atchley (1976) croit que la transition non volontaire du milieu de travail a des effets néfastes et est source d'insatisfaction dans la retraite. Conwell et al. (1990) abondent dans le même sens en disant que la retraite subie peut démolir l'individu qui n'a aucun support médical, social ou psychologique. Ces affirmations confirment nos résultats puisque ceux qui ont pris une retraite subie ont un niveau d'idéation suicidaire significativement plus élevé ( $\bar{M}=3.08$ ) que ceux qui ont choisi le moment de leur retraite ( $\bar{M}=1.63$ ).

Mais, subie ou non, la retraite engendre un stress causé par la perte de revenus, de statut et du rôle social. Conwell et al. (1990), dans une étude auprès de 248 cas de suicide commis par des personnes de 50 ans et plus, ont voulu connaître les stressseurs les plus fréquents ayant poussé ces individus au suicide. La maladie physique était le stressseur principal dans 39% des cas, alors que la perte réelle ou perçue du rôle constituait un facteur important chez 28% des suicidés.

### B. L'état de santé

Conwell et al. (1990) mentionnent également que la santé perçue, à l'instar de l'état de santé réel, peut placer certaines personnes âgées à risque de suicide. Une étude effectuée avec sept hommes de 50 ans et plus (dont six entre 71 et 78 ans), morts par suicide, atteints de cancer ou croyant l'être, montre que le désespoir engendré par la perte perçue de contrôle sur leur corps ou la perte perçue de l'habileté à fonctionner de façon indépendante a conduit ces individus à la dépression et au suicide.

Bien que la recherche de Conwell et al. comporte des failles méthodologiques (petite taille de l'échantillon, dont un seul sujet croyait être atteint de cancer), les résultats de notre étude vont dans le même sens et montrent des différences significatives entre les deux groupes d'âgés non suicidaires et suicidaires par rapport à l'état de santé perçu ( $p < .01$ ). On retrouve ces différences entre ceux qui perçoivent leur état de santé comme "excellent" et ceux qui le perçoivent comme étant seulement "passable". On peut penser que la peur de l'invalidité ou de subir une plus grande détérioration de leur santé, conjuguée à une vulnérabilité entraînée par la prise de la retraite, peut augmenter l'idéation suicidaire chez l'individu qui éprouve déjà des difficultés d'adaptation.

Par ailleurs, les résultats ne montrent pas de relation significative entre la fréquence des problèmes de santé et la présence d'idéation suicidaire. Pourtant, Cattell (1988) note une plus grande incidence de maladie physique chez 56% des 104 cas de suicide d'âgés de 65 ans et plus, survenus à Londres, en Angleterre. Cependant, 61% des sujets de son échantillon vivaient seuls et 9% se plaignaient de solitude, comparativement à 16.1% dans notre échantillon. Cet auteur considère l'isolement social comme un facteur précipitant de suicide et les problèmes de santé comme étant à la genèse de la dépression.

### C. Dépression

La dépression est le meilleur prédicteur de suicide chez les personnes âgées, après la santé et le type de retraite. Il est essentiel de s'y attarder tout particulièrement.

Le moment de la retraite, subi ou choisi, entraîne inévitablement un stress majeur dans la vie de l'individu, qualifié de "crise" par L'Ecuyer (1977). Ce stress peut avoir des répercussions sur la santé de l'individu, favorisant l'émergence d'un ou de plusieurs problèmes. La perte de contrôle et de pouvoir face à son devenir peut alors engendrer une période de dépression. La dépression peut être le signe de sa défaite personnelle devant les attentes d'une société qu'il n'arrive plus



à satisfaire. Et c'est ce que nous montrent significativement les résultats, en accord avec ceux de Colburn (1982).

Chez les sujets de notre échantillon, le niveau de dépression diffère de façon très significative ( $p > .0001$ ) entre les deux groupes de sujets, les suicidaires étant plus dépressifs que les non-suicidaires. Vingt-et-un sujets, soit 16.9% de notre échantillon, indiquent la présence de dépression, moins que la plupart des recherches effectuées par plusieurs auteurs.

Kirsling (1986) en effet, estime que 30% de la population âgée de 65 ans et plus souffre de dépression et que les hommes en sont plus atteints que les femmes. Molinari (1991), quant à lui, croit que 27% de personnes âgées de 65 ans et plus présentent des symptômes dépressifs.

La différence de ces résultats avec ceux de cette recherche pourrait être attribuable au fait que, contrairement à eux, n'ont pas été sélectionnés les individus présentant des antécédents psychiatriques ou souffrant de problèmes cognitifs importants. Par contre, les sujets étaient ciblés en fonction de critères de vulnérabilité psychique ou de mauvaise adaptation à la retraite, et bien que pour l'ensemble de l'échantillon le nombre de sujets dépressifs soit de 16.9%, on constate parmi les

personnes dépressives une grande proportion d'individus suicidaires, soit dix-sept sujets (81.1%).

Ces résultats confirment, comme le rapportent plusieurs recherches, le lien entre la dépression et le risque de suicide. Plusieurs auteurs d'ailleurs mentionnent la dépression comme facteur important de suicide (Cimon-Desrochers, 1981; Lyons, 1985; McIntosh, 1985; Pelizza, 1979). Selon Osgood (1982), Lester (1988), Murrel et Meeks (1991), la dépression augmente la vulnérabilité de l'âgé et est un facteur prédisposant et situationnel au suicide. Richardson et al. (1989) ajoutent que ce facteur est la cause de 50% à 70% des suicides âgés et qu'il est important pour l'intervenant de reconnaître les signes de désespoir, de culpabilité et de faible estime de soi qui peuvent induire un comportement suicidaire.

Cattell (1988), dans la recherche empirique mentionnée précédemment, a trouvé que pas moins de 80% des 104 cas de suicide formant son échantillon, souffraient de symptômes dépressifs avant leur suicide. C'est confirmer ainsi toute l'importance d'une intervention immédiate avec les âgés souffrant de dépression, qu'elle soit axée sur la psychothérapie, la pharmacothérapie ou dans les cas les plus sévères, sur la sismothérapie (électrochocs) qui représente une alternative

relativement efficace lorsque les autres modes d'intervention ont échoué (Mishara et Riedel, 1984).

Dans un autre ordre d'idée, Richman (1993) attire l'attention sur le fait que "la dépression de l'âgé et les symptômes qui l'accompagnent sont des communications qui requièrent une écoute attentive et compatissante" (p.23). Dès que ce message essentiel est compris et entendu, il sera alors possible au retraité de renaître à lui-même dans un rôle autre que celui de pourvoyeur, rôle que la société lui a donné d'emblée. Il pourra dès lors se réinvestir au niveau de sa famille et de ses relations sociales où il se sentira à nouveau utile, respecté, désiré et nécessaire.

#### D. Réseau familial et social

Alors que Nancy Osgood (1985) parle abondamment de l'importance du réseau familial et social chez l'âgé, notre hypothèse, non confirmée, concernait l'étendue du réseau familial et social (nombre de personnes dans le réseau) et la satisfaction face à ce réseau. Les analyses indiquent un réseau social plus faible chez les non-suicidaires ( $\bar{M}=24.26$ ) que chez les suicidaires ( $\bar{M}=26.38$ ). Cependant, le niveau de satisfaction des relations vécues à l'intérieur de ce réseau est le même pour les deux groupes ( $\bar{M}=3.02$  et  $2.97$ ), c'est-à-dire insatisfaisant.

Selon plusieurs auteurs (Atchley, 1976; Guillemard, 1982; Plamondon et al., 1984; Rosenkoetter, 1985) la qualité des relations interpersonnelles devient encore plus importante pour le retraité qui se sent mis en marge de la société lorsqu'il quitte le milieu du travail.

Or, dans notre étude, les nouveaux retraités (1 à 5 ans) sont peu satisfaits de leur réseau familial et social. Comment expliquer ce résultat? Le fait de se sentir en marge de la société viendrait-il teinter leur perception de la qualité de leurs relations personnelles? Le réseau s'amenuise, les relations avec les collègues s'estompent. Cette perte relationnelle apporterait une certaine insatisfaction qui se traduirait par de plus grandes attentes face au réseau familial et social, attentes non satisfaites et ce, tant pour les suicidaires que les non-suicidaires.

L'étude de Bock, Wilbur et Webber (1972: voir Osgood, 1986) sur le statut social et le système relationnel de 188 cas de suicides de personnes âgées, comparant les veufs et les mariés, mentionne que les veufs ayant des systèmes relationnels solides ont un plus bas taux de suicide que les individus mariés qui ont de faibles relations interpersonnelles.

Plusieurs recherches cependant complètent ces affirmations. Dans une étude effectuée à partir de 301 cas de suicides de personnes âgées de 60 ans et plus, Miller (1978) indique que les taux pour les hommes non mariés sont considérablement plus élevés que pour les mariés. De plus, par une analyse de chi-carré, il obtient trois fois moins de confidents chez les suicidaires, contrairement aux résultats de la présente recherche où non-suicidaires et suicidaires ont un confident dans une proportion à peu près équivalente. Par contre, on peut noter que 21% des suicidaires de notre échantillon n'ont pas de confident.

A partir de ces constatations, on pouvait s'attendre à ce que les veufs de cette étude soient suicidaires. Cependant nos résultats ne confirment pas cette hypothèse. Des onze veufs de notre échantillon, seuls quatre sont suicidaires dont un n'a pas de confident.

De plus, contrairement aux auteurs qui affirment que les veufs entre autres auraient un risque de mort plus élevé (Clayton, 1979; Osgood, 1982), surtout lors de la première année de la mort du conjoint, il semble que les onze veufs de cette recherche, tous dans leur première année de deuil, présentent une qualité de réseau familial et social leur permettant d'affronter plus sereinement la perte de leur partenaire.

### E. Fréquence des activités sociales

Alors que plusieurs recherches (Abrahams et Patterson, 1978-79; Lyons, 1985; Trout, 1980) mentionnent une relation entre la fréquence des activités sociales et le comportement suicidaire, les résultats de cette enquête ne montrent pas de différence significative entre les non-suicidaires et les suicidaires sur la fréquence des activités sociales et sur la satisfaction retirée de la participation à ces activités. Les sujets de notre échantillon sont généralement satisfaits ou très satisfaits ( $M=1.54$  et  $1.46$ ) de leur participation.

Comme la mise à la retraite implique souvent une baisse de revenus, et c'est le cas pour les sujets de l'échantillon, le nombre d'activités sociales peut diminuer et tendre à les isoler socialement. Malgré tout, cette baisse de revenus ne semble pas influencer la fréquence de participation à des activités sociales et récréatives parmi les sujets de cette étude puisque la grande majorité des sujets (85.5%) ont des activités occupationnelles.

Ces résultats vont d'ailleurs dans le même sens que l'étude de Abrahams et Patterson (1978-79) qui, dans une enquête auprès de 445 personnes âgées, ont voulu établir s'il y avait des différences entre les sujets souffrant de détresse psychologique (dépression sévère, symptômes psychiatriques, idéation suicidaire, alcoolisme) et ceux ayant une bonne santé mentale.

Les résultats indiquent que l'habileté à prendre des initiatives sociales, à organiser des activités sociales variées et à maintenir des relations extra-familiales sont hautement associées avec la santé psychologique chez les personnes âgées. Ces auteurs déduisent que la participation à des clubs ou à des associations ainsi que le niveau d'activité sociale est relié à la santé mentale. L'appartenance à des groupes structurés ou non peut en effet sortir l'agé de son isolement tout en augmentant son estime personnelle et en le confirmant dans sa valeur sociale.

Dans notre échantillon, le peu de satisfaction retirée des relations familiales et sociales, la grande participation aux activités sociales et la grande satisfaction retirée de cette participation laisse supposer que les nouveaux retraités compensent le manque de satisfaction dans leurs relations personnelles par une activité accrue.

On peut conclure en disant que les difficultés d'adaptation à la retraite et la présence d'idéation suicidaire chez les hommes est un vaste domaine qui mériterait des investigations plus poussées. La présente recherche a conclu que retraite subie, mauvais état de santé et dépression sont des facteurs de vulnérabilité importants qui peuvent induire des idées suicidaires.

## Conclusion



La présente recherche s'intéressait à l'idéation suicidaire chez les hommes qui vivent des difficultés d'adaptation à la retraite et qui sont retraités depuis moins de cinq ans.

Les études statistiques ont démontré une augmentation du taux de suicide chez les personnes âgées depuis les trente dernières années, affectant plus spécifiquement la population masculine. Il a été en effet observé que les hommes âgés mènent leur suicide plus souvent à terme que les jeunes ou les femmes, confient moins leurs intentions suicidaires et utilisent des méthodes plus mortelles que n'importe quel groupe d'âge.

Plusieurs théories ont été élaborées afin de tenter d'apporter des explications à la problématique du suicide. Il en ressort qu'on ne peut examiner le suicide selon une perspective unique. Personnalité, environnement, neurobiologie, contexte social et histoire de vie peuvent interagir pour produire un individu suicidaire.

Des modèles ont mis également l'accent sur la problématique suicidaire spécifique aux âgés. Plusieurs recherches ont mis en évidence la vulnérabilité psychique des aînés consécutive des multiples pertes qui sont le lot du vieillissement: pertes physiques, cognitives, affectives, financières et sociales, ces deux dernières accompagnant inévitablement la retraite.

De plus, ces recherches ont dégagé des facteurs de risque de suicide et dressé un profil de l'agé suicidaire, sur lequel nous nous sommes appuyés pour sélectionner les sujets de l'échantillon. En effet, est plus à risque de suicide l'agé ayant subi des pertes cumulatives, malade physiquement, isolé socialement, souffrant de dépression et retraité.

Peu de recherches faisant état du lien entre la retraite et le suicide, l'opportunité s'est présentée, par le biais de cette recherche, d'élargir cette problématique.

Plusieurs auteurs ont rapporté en effet, une période d'ajustement lors des cinq premières années de la retraite, concomitante avec une baisse de l'estime de soi, une perte du rôle social ainsi qu'une baisse de revenus. Cet ajustement détermine l'attitude du retraité envers cette nouvelle étape de vie, attitude qui s'avère essentielle pour la résolution heureuse

de ce stade. De plus, un phénomène relativement récent, la retraite obligatoire, ajoute aux difficultés psychologiques déjà importantes de la retraite.

Mais retrouve-t-on une différence dans l'attitude face à la retraite chez les suicidaires et les non-suicidaires, et qu'en est-il de l'impact du type de retraite subi ou choisi dans l'existence de l'idéation suicidaire? Quel est l'impact des problèmes de santé des retraités dans la présence d'idées suicidaires? Qu'en est-il de leur état psychologique? Leur participation à la vie sociale et leur satisfaction face à cette participation est-elle déterminante dans le processus suicidaire? Telles sont les questions qui ont motivé cette recherche.

D'après les résultats, il n'y a pas de différence entre les deux groupes de sujets sur l'attitude face à la retraite. La majorité des retraités de notre échantillon adoptent de plus une attitude positive face à leur retraite. Par contre, les retraités ayant pris une retraite subie ont un niveau d'idéation suicidaire plus élevé que ceux qui ont choisi le moment de leur retraite, de même que ceux qui débutent la troisième année de leur retraite.

La perception de l'état de santé a également une influence sur l'importance des idées suicidaires des âgés. Ceux qui perçoivent jouir d'une santé excellente indiquent un degré moins élevé d'idéation suicidaire que ceux qui la perçoivent comme passable. Par contre, on n'observe pas de lien entre la fréquence des problèmes de santé et l'idéation suicidaire.

Cependant, une constatation ayant des répercussions essentielles pour les intervenants concerne la prépondérance du facteur dépression sur tous les autres facteurs de risque de suicide étudiés dans cette recherche. En effet, plus que le type de retraite et l'état de santé perçu, la dépression est le facteur le plus prédicteur d'idéation suicidaire parmi les sujets de cette étude.

On observe également que l'étendue du réseau familial et social, la satisfaction des relations familiales et sociales, la fréquence de participation à des activités socio-récréatives, la satisfaction de cette participation, le nombre de confidents ou l'état civil ne montrent pas de différence entre les groupes des âgés non suicidaires et suicidaires. Suite à ces résultats, le clinicien doit porter une attention particulière à l'âgé qui vient de vivre une retraite subie, qui éprouve ou croit éprouver des problèmes de santé et qui présente des symptômes de dépression. Le cumul des pertes peut augmenter sa vulnérabilité

psychique et le mener au suicide. Une intervention immédiate et compréhensive peut lui sauver la vie.

D'autres recherches concernant des facteurs de risque pouvant être associés à la retraite, permettraient de cerner la problématique du suicide et d'orienter des interventions efficaces afin d'enrayer le nombre toujours croissant d'âgés tellement désespérés qu'ils ne voient plus qu'une seule issue: le suicide. Il serait également intéressant de vérifier l'impact de la retraite chez les femmes puisque celles-ci font de plus en plus partie de la masse salariale.

## Appendice A

### Les instruments de mesure

## QUESTIONNAIRE D'ENQUETE SUR L'ADAPTATION A LA RETRAITE

### Renseignements personnels

1. CODE: \_\_\_\_\_

SEXE: \_\_\_\_\_

AGE: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

MOMENT DE LA RETRAITE: \_\_\_\_\_

2. ETAT CIVIL:

1. Marié(e) Depuis combien de mois? \_\_\_\_\_

2. Célibataire Depuis combien de mois? \_\_\_\_\_

3. Veuf(ve) Depuis combien de mois? \_\_\_\_\_

4. Séparé-divorcé Depuis combien de mois? \_\_\_\_\_

5. Conjoint de fait Depuis combien de mois? \_\_\_\_\_

3. NOMBRE D'ENFANTS: \_\_\_\_\_

4. RESIDENCE

1. Maison privée, résidence personnelle

2. Appartement ou logement

3. Maison de chambre

4. HLM

5. Chez une autre personne. Précisez: \_\_\_\_\_

6. Autres. Précisez: \_\_\_\_\_

## MILIEU

Rural \_\_\_\_\_ Urbain \_\_\_\_\_

Comment évaluez-vous l'endroit où vous vivez?

1. Très satisfaisant
2. Satisfaisant
3. Peu satisfaisant
4. Pas du tout satisfaisant

5. Avez-vous dû déménager au cours des dernières années?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Quand: \_\_\_\_\_

De rural à urbain \_\_\_\_\_

De urbain à rural \_\_\_\_\_

Pas de changement de milieu \_\_\_\_\_

6. Principale OCCUPATION/PROFESSION pendant la vie active:

---

A ce moment votre travail était:

1. Très satisfaisant
2. Satisfaisant
3. Peu satisfaisant
4. Pas du tout satisfaisant



7. OCCUPATION/PROFESSION au moment de la retraite:

---

A ce moment votre travail était:

1. Très satisfaisant
2. Satisfaisant
3. Peu satisfaisant
4. Pas du tout satisfaisant

8. SCOLARITE

1. Aucune - ne sait ni lire ni écrire
2. Aucune - sait lire seulement
3. Aucune - sait lire et écrire
4. Élémentaire (1e à 7e)
5. Secondaire (8e à 12e)
6. Métier ou technique
7. Collégial - Classique
8. Universitaire

9. Votre estimation de vos REVENUS AVANT LA RETRAITE

1. Très au-dessus de la moyenne
2. Au-dessus de la moyenne
3. Dans la moyenne
4. En-dessous de la moyenne
5. Très en-dessous de la moyenne

10. Vos REVENUS ACTUELS par rapport à ceux avant la retraite:

1. Ont diminué
2. Sont comparables
3. Ont augmenté

11. Vos revenus actuels vous permettent de répondre à vos besoins de façon:

1. Très satisfaisante
2. Satisfaisante
3. Peu satisfaisante
4. Pas du tout satisfaisante

Autres / remarques:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Attitudes face à la retraite

12. Comment voyez-vous votre retraite (ordonnez les cinq principales raisons):

1. .... Les vacances, le repos, la détente
2. .... La liberté, l'indépendance
3. .... Le moment de profiter de la vie
4. .... Une période d'épanouissement, de développement
5. .... Une période bien remplie, pleine d'activités personnelles
6. .... Possibilité d'une nouvelle implication, d'un nouvel engagement
7. .... Bien-être et sécurité financière
8. .... La possibilité d'utiliser mes capacités, mes compétences
9. .... Une période de loisir
10. .... La fin des obligations et de la contrainte
11. .... Une période de vie familiale plus intense
12. .... Une période de vie sociale plus intense
13. .... Le repos bien mérité
14. .... Bien-être physique
15. .... Une autre étape de la vie
16. .... La fin de l'activité professionnelle
17. .... Ne pense pas à la retraite

- 18. .... Une continuité (la même chose qu'avant)
- 19. .... Etre vieux
- 20. .... La solitude
- 21. .... Une obligation
- 22. .... La maladie, la détérioration physique et mentale
- 23. .... Perte de ma valeur et de ma compétence
- 24. .... Restriction
- 25. .... Injustice
- 26. .... L'ennui
- 27. .... L'inutilité
- 28. .... Une période de stress et de tension
- 29. .... La mort
- 30. .... La dépendance
- 31. .... Des difficultés matérielles, pauvreté
- 32. .... Manque d'implication et d'engagement
- 33. .... Autres: \_\_\_\_\_

13. Personnellement, auriez-vous préféré prendre votre retraite:

- 1. Plus tard
- 2. Exactement comme prévu
- 3. Plus tôt

Ecart en mois: \_\_\_\_\_

14. J'ai décidé de prendre ma retraite (ordonnez les cinq principales raisons):

1. .... Parce que mon épouse prend ou est à la retraite
2. .... Pour des raisons de santé personnelle (santé physique, fatigue, épuisement)
3. .... Pour des raisons de santé chez ma conjointe ou un membre de ma famille
4. .... A cause des pressions de la part de mon employeur
5. .... A cause des pressions de la part de la conjointe
6. .... A cause des pressions de la part de la famille
7. .... A cause des pressions de la part des collègues
8. .... De ma propre initiative, mon propre choix
9. .... A cause des conditions de travail désagréables, déplaisantes (bruits, chaleur, pollution, etc.)
10. .... A cause des difficultés de relation avec les collègues de travail
11. .... Parce que j'ai un travail sans défi, sans avancement, monotone, démotivant
12. .... A cause de mon désir de faire autre chose
13. .... Pour faire de la "place" pour les jeunes
14. .... A cause de mon désir de me reposer, repos bien mérité
15. .... Parce que j'ai un revenu suffisant

16. .... A cause de l'âge parce que je suis trop vieux
17. .... A cause de l'âge parce que je suis encore jeune
18. .... Fermeture du milieu de travail, fermeture de  
poste, restriction budgétaire
19. .... Changements technologiques
20. .... Plan de retraite avantageux
21. .... Autre: \_\_\_\_\_
15. Avez-vous un (des) projets particulier(s) que vous  
aimeriez réaliser au cours de la retraite?
- Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_
- Lequel (lesquels)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Est-ce que vous croyez qu'ils se réaliseront?
1. Pas du tout
  2. Peut-être
  3. Il y a de fortes chances
  4. Très certainement

Autres / remarques

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Etat de santé

17. Par rapport aux gens de votre âge, comment évaluez-vous votre état de santé actuel?

1. Excellent
2. Très bon
3. Bon
4. Passable
5. Mauvais
6. Très mauvais

18. Souffrez-vous actuellement de problèmes de santé?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Lesquels? 1. \_\_\_\_\_ Depuis combien de temps? \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Depuis combien de temps? \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Depuis combien de temps? \_\_\_\_\_

19. Votre problème se manifeste-t-il (coter pour chacun des principaux problèmes mentionnés):

Problème 1: \_\_\_\_\_

1. Rarement
2. Occasionnellement
3. Souvent
4. De façon persistante

Problème 2: \_\_\_\_\_

1. Rarement
2. Occasionnellement
3. Souvent
4. De façon persistante

Problème 3: \_\_\_\_\_

1. Rarement
2. Occasionnellement
3. Souvent
4. De façon persistante

20. Votre problème vous occasionne-t-il douleur et inconfort:

Problème 1:

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Passablement	Grandement	Insupp.

Problème 2:

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Passablement	Grandement	Insupp.

Problème 3:

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Passablement	Grandement	Insupp.



21. Comment réagiriez-vous à une perte importante de vos capacités physiques ou de votre lucidité?

---

---

---

---

22. Avez-vous consulté un médecin ou fait usage des services de santé au cours de la dernière année?

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

Fréquence: 1. Hebdomadaire

2. Mensuelle

3. Aux trois mois

4. Aux six mois

5. Annuelle

23. Avez-vous à prendre des médicaments en relation avec vos problèmes de santé? (ne pas tenir compte des vitamines et substituts alimentaires)

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

Fréquence: \_\_\_\_\_

Nombre de médicaments (produits prescrits): \_\_\_\_\_

Type(s) de médicaments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24. Combien d'heures dormez-vous? 1. la nuit \_\_\_\_\_  
2. le jour \_\_\_\_\_
25. Comment évaluez-vous la qualité de votre sommeil?
1. Excellente
  2. Bonne
  3. Passable
  4. Mauvaise
  5. Très mauvaise
26. Combien de repas prenez-vous par jour? \_\_\_\_\_  
Combien de collations prenez-vous par jour? \_\_\_\_\_
27. Avez-vous de l'appétit, le goût de manger?
- Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_
28. Fumez-vous? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_  
Quantité quotidienne \_\_\_\_\_  
Avez-vous arrêté de fumer? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_  
Si oui, depuis combien de temps? En mois: \_\_\_\_\_
29. Vous arrive-t-il de consommer de l'alcool?
- Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_  
Fréquence \_\_\_\_\_  
Type(s) de boisson: \_\_\_\_\_

Autres / remarques

---

---

---

---

**Aspect social et occupationnel**

30. Combien de membres composent votre proche famille? \_\_\_\_\_

1. Conjoint, partenaire amoureux \_\_\_\_\_

2. Enfants \_\_\_\_\_

3. Frères \_\_\_\_\_

4. Soeurs \_\_\_\_\_

5. Beaux-frères \_\_\_\_\_

6. Belles-soeurs \_\_\_\_\_

7. Autre. Précisez: \_\_\_\_\_

31. La fréquence des contacts avec les membres de votre famille est généralement:

1. Trop grande (fatiguants, accaparants)

2. Suffisante

3. Insuffisante

4. Inexistante

32. Les relations que vous vivez avec les membres de votre famille sont généralement:

1. Très satisfaisantes
2. Satisfaisantes
3. Insatisfaisantes
4. Très insatisfaisantes
5. Conflictuelles

33. Avez-vous des amis en dehors de votre famille?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Combien \_\_\_\_\_

34. Les relations que vous vivez avec vos amis sont généralement:

1. Très satisfaisantes
2. Satisfaisantes
3. Insatisfaisantes
4. Très insatisfaisantes
5. Conflictuelles

35. Avez-vous au moins une personne proche (famille, ami(e)) à qui vous pouvez vous confier lorsque vous vivez des situations difficiles?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Catégorie: 1. Conjoint      2. Enfant      3. Frère  
                 4. Soeur      5. Beau-frère      6. Belle-soeur  
                 7. Parent      8. Autre

36. Participez-vous à des activités sociales ou récréatives?

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

Lesquelles \_\_\_\_\_

Fréquence \_\_\_\_\_

37. La participation à ces activités est généralement:

1. Très satisfaisante
2. Satisfaisante
3. Insatisfaisante
4. Très insatisfaisante
5. Conflictuelle

Autres / remarques

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Aspect psychologique

38. Encerclez la réponse exprimant le mieux comment vous vous sentiez au cours de la semaine passée:

1. Etes-vous fondamentalement satisfait(e) de la vie que vous menez?                      Oui / Non

2. Avez-vous abandonné un grand nombre d'activités et d'intérêts?                      Oui / Non

3. Est-ce que vous sentez un vide dans votre vie?                      Oui / Non

4. Vous ennuyez-vous souvent?                      Oui / Non

5. Etes-vous optimiste quand vous pensez à l'avenir?                      Oui / Non

6. Etes-vous préoccupé(e) par des pensées dont vous n'arrivez pas à vous défaire?                      Oui / Non

7. Avez-vous la plupart du temps un bon moral?                      Oui / Non

8. Craignez-vous qu'il vous arrive quelque chose de grave?  
Oui / Non
9. Etes-vous heureux/heureuse la plupart du temps?  
Oui / Non
10. Eprenevez-vous souvent un sentiment d'impuissance?  
Oui / Non
11. Vous arrive-t-il souvent de ne pas tenir en place, de  
vous impatienter? Oui / Non
12. Préférez-vous rester chez-vous au lieu de sortir pour  
faire de nouvelles activités?  
Oui / Non
13. Etes-vous souvent inquiet(e) au sujet de l'avenir?  
Oui / Non
14. Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de  
mémoire que la majorité des gens?  
Oui / Non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à l'époque  
actuelle? Oui / Non

16. Vous sentez-vous souvent triste et déprimé?

Oui / Non

17. Vous sentez-vous plutôt inutile dans votre état actuel?

Oui / Non

18. Le passé vous préoccupe-t-il beaucoup?

Oui / Non

19. Trouvez-vous la vie très excitante?

Oui / Non

20. Avez-vous de la difficulté à entreprendre de nouveaux  
projets?

Oui / Non

21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie?

Oui / Non

22. Avez-vous l'impression que votre situation est  
désespérée?

Oui / Non

23. Pensez-vous que la plupart des gens vivent mieux que  
vous?

Oui / Non

24. Vous mettez-vous souvent en colère pour des riens?

Oui / Non



25. Avez-vous souvent envie de pleurer?

Oui / Non

26. Avez-vous de la difficulté à vous concentrer?

Oui / Non

27. Etes-vous heureux/heureuse de vous lever le matin?

Oui / Non

28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales?

Oui / Non

29. Prenez-vous facilement des décisions?

Oui / Non

30. Vos pensées sont-elles aussi claires que par le passé?

Oui / Non

Attitudes face à la vie et à la mort

39. Vous arrive-t-il de penser à la mort?

1. Jamais      2. Parfois      3. Souvent      4. Constamment

40. Qu'est-ce que la mort représente pour vous?

1. La fin d'un processus de vie  
2. L'accès à un monde meilleur  
3. La délivrance d'une souffrance physique  
4. La délivrance d'une souffrance psychologique  
5. Période difficile pour les proches  
6. Passage à une autre vie  
7. Autre: \_\_\_\_\_

41. Que pensez-vous des gens qui se découragent et décident de mettre fin à leurs jours?

1. Rejet de l'idée  
2. Ambivalence ou indifférence  
3. Acceptation de l'idée

42. Vous est-il déjà arrivé de penser que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue?

1. Jamais      2. Parfois      3. Souvent      4. Constamment

43. Si oui, relativement à quelle(s) circonstance(s): (nombre, types)

---

---

44. Est-ce que l'idée de mettre fin à vos jours vous a déjà effleuré l'esprit?

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

Si non, passez aux questions 47 et 48.

Si oui

a) Sérieux de l'idéation:

1. Cette idée m'a seulement effleuré l'esprit
2. J'ai joué avec l'idée
3. J'y ai sérieusement pensé

b) Quand cela est-il arrivé?

1. Au cours de la dernière semaine
2. Au cours du dernier mois
3. Il y a de 1 à 3 mois
4. Il y a de 3 à 6 mois
5. Il y a de 6 à 12 mois
6. Il y a plus d'un an (précisez): \_\_\_\_\_
7. Constamment

c) Etait-ce relié à un événement particulier?

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

Lequel \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Combien de temps cette idée vous a-t-elle habité?

1. Quelques heures à quelques jours

2. Une semaine à un mois

3. Un à trois mois

4. Trois à six mois

5. Six mois à un an

6. Plus d'un an (nombre d'années)

7. Constamment

e) Cette idée vous habite-t-elle encore actuellement?

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

f) Avez-vous imaginé des plans ou des moyens de suicide?

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

Le(s)quel(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

45. Avez-vous déjà effectué une(des) tentative(s) de suicide?

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

Si oui

a) Quand cela est-il arrivé?

1. Au cours de la dernière semaine
2. Au cours du dernier mois
3. Il y a de 1 à 3 mois
4. Il y a de 3 à 6 mois
5. Il y a de 6 à 12 mois
6. Il y a plus d'un an (précisez): \_\_\_\_\_

b) Etait-ce relié à un événement particulier?

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

Lequel \_\_\_\_\_

c) Quel(s) ont été le(s) moyen(s) utilisé(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) Est-ce que le moyen utilisé a mis votre vie en danger  
(létalité de la tentative)?

- |           |                |            |
|-----------|----------------|------------|
| 1. Nulle  | 2. Légère      | 3. Moyenne |
| 4. Elevée | 5. Très élevée |            |

46. Avez-vous fait part à quelqu'un de votre désir de mourir?

1. Oui ouvertement
2. Oui j'y ai fait allusion
3. J'ai essayé de dissimuler mon intention
4. Non aucunement

Si oui a) A qui? \_\_\_\_\_

b) Quelle a été sa réaction? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

47. Y a-t-il des raisons particulières qui vous empêcheraient de mettre fin à vos jours: (famille, religion, peur de souffrir, irréversibilité du geste, ...)

1. Ne s'applique pas

2. Il y a au moins un motif qui m'empêcherait de me suicider.

Précisez: \_\_\_\_\_

3. Certaines inquiétudes ou ambivalences font que je ne serais pas certain(e) de vouloir me suicider. Précisez:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Aucun motif ou presque ne m'empêcherait de me suicider:

\_\_\_\_\_

48. Y a-t-il des raisons qui pourraient vous inciter à penser à mettre fin à vos jours (perte d'autonomie physique, de lucidité, ...)

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

49. Est-ce que vous désireriez recevoir de l'aide pour vous aider à traverser vos difficultés actuelles?

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

---

---

---

50. Messages ou comportements suicidaires rapportés ou observés par l'interviewer (voir liste annexée):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## MANIFESTATIONS D'INDICES ET MESSAGES SUICIDAIRES

Si la personne âgée est dans un état pré-suicidaire et mentionne son intention de se suicider, alors il est très possible qu'elle se suicide dans un avenir rapproché. C'est pourquoi il faut demeurer toujours très attentif aux messages directs et indirects.

### 1. Indices d'ordre verbal

- . "La vie n'a aucun sens, je veux mourir."
- . "Je vais me tuer."
- . "Mes enfants seraient mieux sans moi."
- . "Comment peut-on donner son corps à la science?"
- . "J'ai trouvé la solution à tous mes problèmes."
- . "Je veux en finir avec tout cela."
- . "Je suis fatigué de vivre."
- . "Bientôt je ne serai plus là."
- . "Je me sens inutile, de trop."
- . "La vie ne m'apporte plus aucun plaisir."
- . Parle de la mort sans émotion.



## 2. Indices d'ordre comportemental

- . Faire son testament
- . Acheter une arme à feu
- . Don d'objets personnels
- . Préparer ses arrangements funéraires
- . Lettres d'adieu
- . Prendre rendez-vous avec son médecin sans raison apparente, ou quelques jours après l'avoir vu (75% ont vu leur médecin un mois avant une tentative de suicide)
- . Intérêt subit pour la religion, ou intérêt nul alors qu'il était élevé auparavant
- . Accumulation de médicaments dans la pharmacie
- . Faire ou changer son testament
- . Exposition délibérée au danger
- . Manque total d'intérêt dans la vie, pas de motivation

### 3. Indices d'ordre situationnel

- . Maladie grave, perte de l'intégrité corporelle  
(amputation, paralysie), perte d'autonomie, souffrances  
intenses
- . Dépression due aux pertes: veuvage, maladies,  
isolement...
- . Détérioration mentale à ses débuts
- . Antécédent psychiatrique personnel ou familial, combiné  
à des pertes et à des situations difficiles
- . Antécédent de dépression personnel ou familial
- . Antécédent suicidaire personnel ou familial
- . Récent déménagement
- . Pertes sensorielles multiples
- . Dépendance et institutionnalisation

## Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à sa directrice de thèse, Mme Micheline Dubé, D.Ps., professeure titulaire au département de Psychologie et responsable du Laboratoire de gérontologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son appui inconditionnel, sa disponibilité ainsi que pour la rigueur scientifique dont elle a fait preuve tout au long de la rédaction de ce mémoire.

L'auteure tient également à remercier Mmes Sylvie Lapierre, Ph.D., et Jocelyne Pronovost, Ph.D., professeures et chercheuses au département de Psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour leur précieux support lors de l'expérimentation de cette recherche, ainsi que l'organisme subventionnaire FODAR qui a permis la réalisation de cette étude.

## Références

- ABRAHAMS, R.B., PATTERSON, R.D. (1978-79). Psychological distress among the community elderly: prevalence, characteristics and implications for service. International Journal of Aging and Human Development, 9(1), 1-18.
- ACHTE, K. (1988). Suicidal tendencies in the elderly. Suicide and Life-Threatening Behavior, 18(1), 55-65.
- ACHTE, K., KHARA, E. (1986). Some psychodynamic aspects of the presuicidal syndrome with special reference to older persons. Crisis, 7(1), 24-32.
- ADAMS, O.B., LEFEBVRE, L.A. (1980). Bureau de la statistique du Canada, division de la santé, section de la recherche et de l'analyse. La retraite et la mortalité. Ottawa: Publication gouvernementale.
- ARORA, R.C., MELTZER, H.Y. (1989). Serotonergic measures in the brains of suicide victims: 5-HT-Sub-2 binding sites in the frontal cortex of suicide victims and control subjects. American Journal of Psychiatry, 146(6), 730-736.
- ATCHLEY, R.C. (1976). The Sociology of Retirement. New York: Halstead Press.
- AUMOND, M. (1982). Eléments de gérontologie, Tome I. Ottawa: M.Aumond.
- BARRACLOUGH, B.M. (1981). Suicide in the elderly. Recent Development in Psychogeriatrics, 6, 87-97.
- BARRETT, L.L. (1985). Older worker's attitude toward their retirement. Dissertation Abstract International (1986), 47 (4A), 1445.

- BECKER, J.T., NEBES, R.D., BOLLER, F. (1990). La neuropsychologie du vieillissement normal, in M.I. BOTEZ: Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement (pp. 371-379). Montréal: Masson.
- BLAZER, D.G., BACHAR, J.R., MANTON, K.G. (1986). Suicide in late life: Review and commentary. Journal of the American Geriatrics Society, 34(7), 519-525.
- BOSSE, R. (1991). How stressful is retirement? Findings from the Normative Aging Study. Journal of Gerontology. Psychological Sciences, 46(1), 9-14.
- BOTEZ, M.I. (1987). Neuropsychologie du comportement. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, Masson.
- BOURQUE, P., BLANCHARD, L., VEZINA, J. (1988). Etude psychométrique de l'Echelle de Dépression Gériatrique. Etude présentée dans le cadre de l'Assemblée annuelle de la Société canadienne de Gériatologie, Halifax.
- Bureau de la statistique du Québec (1991-92). La situation démographique au Québec. Les Publications du Québec.
- BUTLER, R.N.; LEWIS, M.I. (1982). Aging and mental health: Positive psychosocial and biomedical approaches (3e éd.). St-Louis, MO: Mosby.
- CATTELL, H.R. (1988). Elderly suicide in London: an analysis of coroner's inquests. International Journal of Geriatric Psychiatry, 3(4), 251-261.
- CHAMPLIN, L. (1983). Early retirement: a catalyst for health problems? Geriatrics, 38(7), 106-109.
- CHARRON, M.F. (1981). Le suicide au Québec. Publication gouvernementale du Ministère des Communications du Québec.

- CIMON-DESROCHERS, G. (1981). Le suicide chez les personnes âgées. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- CLAYTON, P.J. (1979). The sequelae and nonsequelae of conjugal bereavement. American Journal of Psychiatry, 136(12), 1530-1534.
- COLBURN, E.D. (1982). Psychological adjustment to loss of work due to retirement: A study of retired men 60 years old and older. Dissertation Abstracts International (1983), 43 (9-A), 2890-2891.
- CONWELL, Y., CAINE, E.D., OLSEN, K. (1990). Suicide and cancer in late life. Hospital and Community psychiatry, 41, 1334-1339.
- COPTI, M. (1985). L'impact psychologique de la retraite. Administration hospitalière et sociale. 31(3), 40-42.
- DE LEO, D., DIEKSTRA, R.F.W. (1990). Depression and suicide in late life. Germany : Hogrefe and Huber.
- DURKHEIM, E. (1951). Le Suicide. New York: Free Press.
- ERIKSON, E.H. (1959). Identity and the life cycle. New York: International University Press.
- EVANS, L., EKERDT, D.J., BOSSE, R. (1985). Proximity to retirement and anticipatory involvement: Findings from the normative aging study. Journal of Gerontology, 40(3), 368-374.
- FARBEROW, N.L., MORIWAKI, S.Y. (1975). Self-destructive crises in the older person. Gerontologist, 15(4), 333-337.
- FRETZ, B.R., KLUGE, N.A., OSSANA, S.M., JONES, S.M. (1989). Intervention targets for reducing preretirement anxiety and depression. Journal of Counseling Psychology, 36(3), 301-307.

- FREUD, S. (1953). The standard edition of the complete psychological works. J. Stratchey (ed.), London: Hogarth Press.
- FRIERSON, R.L. (1991). Suicide attempts by the old and the very old. Archives of Internal Medicine, 151, 141-144.
- GILL, D.H. (1981). Aspects of vocational development in older males: an exploratory study. Dissertation Abstracts International, 42(3-A), 116.
- GOVE, W.R., HUGUES, M. (1980). Reexamining the ecological fallacy: a study in wich aggregate data are critical in investigating the pathological effects of living alone. Social Forces, 5(4), 1157-1177.
- GRAD, S. (1990). Income change and retirement. Social Security Bulletin, 53 (1), 2-10.
- GUILLEMARD, A.-M. (1972). La retraite: une mort sociale. Paris: Mouton-La Haye.
- HANIGAN, D. (1987). Le suicide chez les personnes âgées: récénsion des écrits et propositions d'action. Ministère des services de santé et des services sociaux (Commission Rochon). Synthèse critique, 3.
- HANKS, R.S. (1990). The impact of early retirement incentives on retirees and their families. Journal of Family Issue, 11(4), 424-437.
- HENDIN, I.I. (1982). Suicide in America. New York: W.W. Norton.
- HOLDING, T.A. (1984). Suicidal behavior in the elderly. Handbook of studies on Psychiatry and Old Age. Amsterdam: Kay and Burrows, 319-328.
- JARVIS, K.J., BOLDT, M. (1980). Suicide in later years. Essence, 4(3), 145-158.



- KARP, D.A. (1989). The social construction of retirement among professionals 50-60 years old. Gerontologist, 29 (6), 750-760.
- KASTENBAUM, R. (1992). Death, suicide and the older adult. Suicide and Life-Threatening Behavior, 22(1), 1-14.
- KIRSLING, R.A. (1986). Review of suicide among elderly persons. Psychological Reports, 59(2,pt 1), 359-366.
- LANGLOIS, D. (1976). Les dossiers noirs du suicide. Paris: Seuil.
- LAPIERRE, S. (1991). Questionnaire d'attitudes face à la retraite. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- LAPIERRE, S., PRONOVOST, J., DUBE, M., DELISLE, I. (1991). Questionnaire sur le suicide : Attitude face à la vie et à la mort. Communication présentée au Congrès International de Prévention du Suicide: Identification of Suicidal Behavior of elderly. Hambourg (Allemagne), septembre.
- LAVIGNE-PLEY, C. (1987). Le Suicide chez les personnes âgées. Revue canadienne de santé, 6(1), 57-74.
- L'ECUYER, René (1977). Développement du concept de soi chez les personnes âgées de 60-100 ans: modifications de leurs aspirations et de leurs perceptions de leur rôle et statut. Communication présentée au Colloque sur "Les aspects de l'identité personnelle", Université de Bologne, Bologne (Italie).
- LEENAARS, A.A. (1992). Suicide notes of the older Adult. Suicide and Life-Threatening Behavior, 22(1), 62-79.
- LESTER, D. (1988). Suicide from a psychological perspective. Springfield: Charles C. Thomas.

- LYNESS, J.M., CONWELL, Y., NELSON, J.C. (1992). Suicide attempts in elderly psychiatric inpatients. Journal of the American Geriatrics Society, 40(4), 320-324.
- LYONS, M.J. (1984). Suicide in later life: Some putative causes with implications for prevention. Journal of Community Psychology, 12(4), 379-388.
- LYONS, M.J. (1985). Observable and subjective factors associated with attempted suicide in later life. Suicide and Life-Threatening Behavior, 15(3), 168-183.
- MANN, James (1991). Retirement: What happens to husband-wife relationships? Journal of Geriatric Psychiatry, 24(1), 41-46.
- MANTON, K.G., BLAZER, D.G., WOODBURY, M.A (1987). Suicide in middle-age and later life: Sex and race specific life table and cohort analyses. Journal of Gerontology, 42(2), 219- 227.
- MARSHALL, J.R. (1978). Changes in aged white male suicide: 1948-1972. Journal of Gerontology, 33 (5), 763-768.
- MASLOW, A.H. (1971). The farther reaches of human nature. New York: Viking Press.
- MCGOLDRICK, A.E., COOPER, C.L. (1988). Early retirement. Brookfield and Aldershot: Gower.
- McINTOSH, J.L. (1992). Epidemiology of Suicide in the elderly. Suicide and Life-Threatening Behavior, 22(1), 15-35.
- McINTOSH, J.L. (1988-1989). Official U.S. elderly suicide data bases: Levels, availability, omissions. Omega: Journal of Death and Dying, 19(4), 337-350.
- McINTOSH, J.L. (1985). Suicide among the elderly : Levels and trends. American Journal of Orthopsychiatry, 55(2), 288-293.

- MCINTOSH, J.L., HUBBARD, R.W. (1988). Indirect self-destructive behavior among the elderly: a review with case examples. Journal of Gerontological Social Work, 13 (1/2), 37-48.
- MCINTOSH, J.L., SANTOS, J.F. (1985-1986). Methods of suicide by age: sex and race differences among the young and old. International Journal of Aging and Human Development, 22(2), 123-139.
- McKINLEY, A. (1991). Suicide among the rural elderly: an Arizona perspective. Rural Nursing, 1, 297-308.
- MILLER, M. (1978). Toward a profile of the older white male suicide. The Gerontologist, 18(1), 80-82.
- MISHARA, B.L., RIEDEL, R.G. (1984). Le Vieillissement. Paris: Presses Universitaires de France.
- MODESTIN, J. (1989). Completed suicide in psychogeriatric inpatients. International Journal of Geriatric Psychiatry, 4, 209-214.
- MOLINARI, V.A. (1991). Mental health issues in the elderly. Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, 9(3/4), 23-30.
- MULLONKAL, G.V. (1987). A phenomenal investigation of the experience of retirement. Dissertation Abstracts International, 48(6-A), 1520.
- MURRELL, S.A., MEEKS, S. (1991). Depressive symptoms in older adults: predispositions, resources, and life experiences. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 11, 261-286.
- NEUGARTEN, B.L. (1976). Adaptation and the life cycle. The Counseling Psychologist, 6 (1), p.16-20.

- OSGOOD, N. (1985). Suicide in the elderly: A practitioner's guide to diagnosis and mental health intervention. Rockville, M.D.: Aspen.
- OSGOOD, N.J. (1982). Suicide in the elderly: are we heeding the warnings? Postgraduate Medicine, 72(2), 123-130.
- OSGOOD, N., BRANT, B.A., LIPMAN, A. (1991). Suicide among the elderly in Long-Term Care facilities. Westport : Greenwood Publishing Group.
- OSGOOD, N.J.; Mc INTOSH, J.L. (1986). Suicide and the elderly: an annotated bibliography and review. Westport Press.
- PALMORE, E.B., BURCHETT, B.M., FILLENBAUM, G.G., GEORGE, L.K., WALLMAN, L.N. (1985). Retirement, causes and consequences. New York: Springer Publishing Co.
- PARKER, S. (1982). Work and retirement. London: Allen et Unwin.
- PAVLOV, I. (1927). Conditioned reflexes. London: Oxford University Press.
- PELIZZA, J. J. (1979). Suicide in the elderly: can it be prevented? Long Term Care and Health Services Administration Quarterly, 3(2), 85-91.
- PHANEUF, J., SEGUIN, M. (1987). Suicide; Prévention et intervention, guide à l'usage des intervenants. Montréal: Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse.
- PERETTI, P.O.; WILSON, C. (1978-1979). Contemplated suicide among voluntary and involuntary retirees. Omega: Journal of death and dying, 9 (2), p.193-201.

- PLAMONDON, L., PLAMONDON, G., CARETTE, J. (1984). La retraite à quatre temps dans: Les enjeux après 50 ans. Paris: Robert Laffont, 43-78.
- RICHMAN, J. (1993). Preventing Elderly Suicide. New York: Springer.
- RICHARDSON, R., LOWENSTEIN, S., WEISSBERG, M. (1989). Coping with the suicidal elderly: a physician's guide. Geriatrics, 44(9), 43-47, 51.
- RIFAI, A.H., REYNOLDS, C.F., MANN, J.J. (1992). Biology of elderly suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior, 22(1), 48-61.
- RIKER, H.C., MYERS, J.E. (1990). Retirement counseling: a practical guide for action. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- ROSENKOETTER, M.M. (1985). Is your older client ready for a role change after retirement? Journal of Gerontological Nursing, 11(9), 21-24.
- RUCHLIN, H.S., MORRIS, J.N. (1992). Deteriorating health and the cessations of employment among older workers. Journal of Aging and Health, 4(1), 43-57.
- SZINOVACZ, M.E. (1984). Life events, retirement preparation and women's adjustment to retirement: a comparative study. Florida State University, Department of Sociology Gerontology Center.
- SOLOMON, K. (1981). The depressed patient: Social antecedents of psychopathologic changes in the elderly. JAGS, 29, 14-18.
- SOUCY, G. (1991). Une retraite efficiente: le vieillissement des personnes ayant une déficience intellectuelle. Ateliers Le Cap.

- STACK, S. (1990). Audience receptiveness, the media and aged suicide, 1968-1980. Journal of Aging Studies, 4(2), 195-209.
- Statistique Canada (1990a). Rapports sur la santé. Mortalité: liste sommaire des causes, 1989. Supplément No.12, 3(1). Ottawa.
- Statistique Canada (1990b). Rapports sur la santé. Centre canadien d'information sur la santé. 2(4). Ottawa.
- Santé et Bien-être social au Canada (1987). Le suicide au Canada. Groupe d'étude national sur le suicide au Canada. Ottawa.
- STILLION, M.S., McDOWELL, E.E., MAY, J.H. (1989). Suicide across the life span : premature exits. New York: Hemisphere Publication.
- TEMPLER, D.I., CAPELLETTY, G.G. (1986). Suicide in the elderly: Assessment and intervention. Clinical Gerontologist, 5(3-4), 475-487.
- TESSIER, J.F., CLEMENT, J.P., LEGER, J. (1989). Le corps comme outil du suicide: approche d'une modalité suicidaire chez l'âge. Psychologie médicale, 21(4), 512-516.
- TROUT, D. (1980). The role of social isolation in suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior, 10(1), 10-23.
- TROVATO, F. (1988). Suicide in Canada: a further look at the effects of age, period and cohort. Canadian Journal of Public Health, 79(1), 37-44.
- VAN PRAAG, H.M., PLUTCHIK, R., CONTE, H. (1986). The Serotonin Hypothesis of (Auto)Agression: Critical appraisal of the evidence. Annals of the New York Academy of Sciences, 487. New York: Mann et Stanley, 150-167.

- VEILLEUX, P., KIELY, M. (1990). La problématique du suicide chez la personne âgée. Le Gêrontophile, 12(1), 6-11.
- WATTIE, B. (1984). Santé mentale: Au travail, en chômage. Santé mentale au Canada, 32(3), 2.
- WIRTZ, P.W., CHARNER, I. (1989). Premature Retirement: Does a positive attitude ensure a successful transition? Communication présentée à l'université George Washington (Etats-Unis), avril.
- YESAVAGE, J.A., BRINK, T.L., ROSE, T.L., LUM, O., HUANG, V., ADEY, M., LEIRER, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression rating scale: A preliminary report. Journal of Psychiatric Research, 17, 37-49.
- YOUNGER, S.C. (1990). Availability of knowledgeable informants for a psychological autopsy of suicides committed by elderly people. Journal of the American Geriatrics Society, 38(11), 1169-1175.